# ANNALES

DES MALADIES

# DE L'OREILLE ET DU LARYNX

OTOSCOPIE, LARYNCOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (1670, 1-6.)

# ANNALES

DES MALADIES

# DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

FONDÉES ET PUBLIÉES PAR MM.

LADREIT DE LACHARRIÈRE,
Médecin en chef
de l'institution nationale des Sourds-Muets

ISAMBERT,
Agrégé libre de la Faculté, Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef du service laryngoscopique du Bureau central.

Dr KRISHABER,
Professeur libre de pathologie laryngée,

Avec le concours scientifique de MM.

**Béclard,** Professeur de physiologie de la Faculté. — **Bonnafont,** Membre correspondant de l'Académie. — **Cusco,** Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — **Danjoy,** Médecin consultant aux eaux de la Bourboule. — **Duplay,** Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — **Fournier** (Alf.), Médecin de l'hôpital de Lourcine. — **Gosselin,** Membre de l'Institut, Professeur de clinique à l'hôpital de la Charité. — **Horteloup,** Chirurgien de l'hôpital du Midi. — **Labbé** (L.), Chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — **Lévi,** Médecin-major. — **Luys,** Médecin de la Salpêtrière. — **Mauriac** (Ch.), Médecin de l'hôpital du Midi. — **Saint-Germain (de),** Chirurgien de l'hôpital des Enfants. — **Tillot,** Inspecteur des eaux de Saint-Christau. — **Deel,** ancien attaché au Dispensaire Laryngoscopique du Bureau central.

TOME I. — 1875

PARIS
G. MASSON, EDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine, 17

MDCCCLXXV

## ERRATA.

Page 8, ligne 12, de l'état de l'angine, *lisez* : de l'état de l'oreille.

Page 14, colonne *des pharyngites*, ligne 36, épithéliales, *lisez* : papillomes.

Page 15, colonne *des laryngites*, ligne 38, épithéliomas, *lisez* : papillomes.

— colonne *bouche*, même ligne, épithéliomas, cancroïde, *effacez*.

— colonne *fosses nasales*, même ligne, épithéliomas, *effacez*.

Page 30, ligne 17, Swauzy, *lisez* : Swanzy.

Page 34, ligne 6, Blitzer, *lisez* : Politzer.

Page 109, lignes 17 et 18, parce qu'elles offrent, *lisez* : parce qu'elle offre.

Page 147, ligne 7, ce, *lisez* : se.

Page 149, ligne 8, dues de, *lisez* : due à.

Page 248, légende de la figure, *lisez* :

250 *diamètres.* — *Dégénérescence graisseuse* et formations néoplasiques, les muscles réduits à l'état granuleux, vacuoles adipeuses multiples.

Page 249, légende de la figure, *lisez* :

1° Section des thyroïdes.
2° Atrophie et dégénérescence du thyro-aryténoïdien.
2′ Muscle thyro-aryténoïdien droit moins dégénéré.
4, 4′ Section des muscles aryténoïdiens postérieurs.

Page 278, ligne 14, maladies intermittentes, *lisez* : maladies intercurrentes.

Page 283, ligne 15, celles-ci, *lisez* : ceux-ci.

Page 285, ligne 3, Feugères, *lisez* : Fougères.

Page 288, ligne 26, Elsasser, *lisez* : Elsässer.

Page 301, ligne 1re de la note, Shclæfebeins, *lisez* : Schlæfebein.

Page 330, ligne 19, pas tant, *lisez* : pas, tant.



# ANNALES
DES MALADIES
# DE L'OREILLE ET DU LARYNX
(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

---

## A NOS LECTEURS.

La revue que nous inaugurons aujourd'hui a pour but de combler une lacune existant parmi les publications consacrées aux spécialités médicales. A côté des *Annales* d'oculistique, de dermatologie, d'hydrologie, etc., aucune place n'avait été donnée jusqu'à présent aux maladies de l'oreille et du larynx. Sans prétendre que notre journal réponde à un besoin généralement senti, nous espérons cependant qu'il pourra satisfaire bon nombre de médecins désireux d'étudier les champs nouvellement explorés dans le vaste ensemble des sciences médicales.

Les spécialités sont, en effet, un des besoins, et nous pourrons ajouter un des modes de progrès les plus réels de la science moderne. En médecine, comme partout ailleurs, la division du travail est devenue une nécessité. Le temps des savants universels est passé : aujourd'hui un Pic de la Mirandole ne pourrait plus prétendre discuter *de omni re scibili et de quibusdam aliis*, et pour prendre les esprits les plus encyclopédiques de notre temps, le génie d'un Arago, d'un Humbold ne pourrait se prétendre également compétent sur les diverses branches de la science ; il a fallu la fractionner, et prendre chacun sa part de travail pour pénétrer dans les dé-

tails qui seuls permettent de donner de la précision aux lois générales. Pour ne parler que de la médecine, outre la grande division entre la science du médecin et du chirurgien, n'avons-nous pas vu depuis de longues années chacun de nos maîtres les plus renommés s'adonner plus particulièrement à celle des branches de notre science vers laquelle l'entraînaient ses aptitudes ou ses instincts particuliers? c'est une loi de la nature humaine, chacun de nous a plus ou moins sa marotte, ou, pour parler sérieusement, son but légitime de curiosité qui lui permettra de creuser un sujet, que tel autre voit avec plus d'indifférence, et d'en prendre en définitive une connaissance plus approfondie. Sans parler des grandes spécialités fournies par notre organisation nosocomiale: maladies de la peau, maladies vénériennes, maladies des vieillards, maladies des enfants, aliénation mentale, maternités, n'avons-nous pas vu chaque maître de la science dans l'enseignement, dans la pratique hospitalière, avoir ses études de prédilection? Qu'ont été les Laënnec, les Bouillaud, les Rostan, si ce n'est des spécialistes, écrivant des monographies admirables: le traité des maladies du cœur et le traité du ramollissement cérébral, ou créant des méthodes immortelles, telles que l'auscultation, la percussion? Que font encore de nos jours les maîtres les plus populaires? N'ont-ils pas leur cercle favori d'observations et d'expériences, et de ces études favorites ne voyons-nous pas à tout moment surgir un progrès?

S'il est quelques chapitres de la science où des études spéciales soient nécessaires, ce sont assurément ceux qui nécessitent l'emploi d'instruments nouveaux, dont le maniement n'est pas encore suffisamment entré dans la pratique de tous, et qui demandent également un choix de malades que l'on ne trouve pas indifféremment dans tous les services des hôpitaux, ou dans toutes les clientèles, et un espace de temps suffisant pour acquérir la pratique nécessaire à leur étude scientifique. Les organes qui ne sont pas accessibles directement à nos sens le deviennent les uns après les autres grâce aux instruments d'exploration que nous fournissent les sciences physiques. On sourirait aujourd'hui des prétentions d'un médecin qui prétendrait traiter les ma-

ladies de l'utérus sans faire usage du toucher et du speculum uteri. On est généralement d'accord que, sans connaître l'usage de l'ophthalmoscope, on ne peut plus parler des maladies des yeux. On est moins prompt à reconnaître la nécessité de l'otoscopie ou de la laryngoscopie, on y arrive cependant.

D'où viennent donc ces résistances opposées à des méthodes que l'on ne veut pas se donner la peine d'apprendre, parce qu'elles ne faisaient pas encore partie de notre bagage scientifique alors que l'immense majorité des praticiens d'aujourd'hui faisaient leurs études? C'est qu'il est un âge où l'on n'aime pas à confesser son inexpérience, et qu'il est peu d'hommes qui aient le courage de se remettre à l'école après en être sortis. On préfère nier les résultats, on préfère afficher de superbes dédains contre les spécialistes, et lancer contre eux des récriminations injustes. Sans doute, les spécialités n'ont pas toujours été exercées à leur origine par des personnalités recommandables; mais à qui la faute? Toute profession a ses membres indignes, la médecine générale aussi bien que les spécialités; mais s'il est quelques malheureux qui aient abusé des meilleures choses,

Non ragionar di lor, ma guarda e passa (1)!

comme dit le poëte; est-ce la faute de la méthode? Si les médecins hauts placés n'avaient pas dédaigné de s'occuper des spécialités, seraient-elles tombées entre les mains de ces personnalités peu avouables? Y a-t-il des charlatans pour l'auscultation et la percussion? non, c'est que tout le monde est compétent à cet égard. Portons-donc une vive lumière dans les champs des spécialités nouvelles, étudions tous l'ophthalmoscope, le laryngoscope, l'otoscope, comme nous avons étudié le stéthoscope, le plessimètre, le speculum uteri, et bientôt il n'y aura plus de charlatans possibles dans les spécialités.

Il est une autre condition indispensable pour relever et fé-

(1) Ne parlons pas d'eux, mais regarde et passe! — Dante, *Enfer*, ch. III, v. 49.

conder les études spéciales, c'est de ne jamais perdre de vue les notions de la pathologie générale. Qui s'est jamais avisé de traiter de spécialistes les maîtres illustres dont nous citions les noms tout à l'heure, et pourquoi s'est-on empressé d'acclamer à l'unanimité les conquêtes dues à leurs études spéciales ? C'est que les Laënnec, les Bouillaud, les Rostan, etc., en étudiant les poumons, le cœur et le cerveau, n'ont pas cessé un instant de se préoccuper de la portée philosophique des découvertes qu'ils enregistraient. C'est que chaque fait nouveau était rallié à une loi pathologique, et que cette loi pathologique était fondue dans le grand ensemble de notre science. Loin de nous la prétention de nous comparer à ces maîtres, mais ne pouvons-nous suivre de loin le sillon qu'ils ont tracé, et nous conformer à leurs préceptes, en donnant toujours à nos études un objet scientifique ?

Les spécialités comprises de cette façon ne méritent aucun des reproches qu'on leur a adressés. Loin de restreindre l'esprit scientifique, elles aiguisent nos organes, elles nous font pénétrer de jour en jour dans des champs inexplorés, elles augmentent la somme de nos connaissances, et du concours des travailleurs spéciaux doit jaillir à coup sûr le progrès, que les esprits philosophiques résument à certaines époques dans de larges synthèses !

Tel est l'esprit qui inspire notre rédaction, et dans cette voie nous avons la confiance de rencontrer des sympathies, qui se traduisent déjà par les adhésions que nous sommes fiers d'inscrire parmi celles de nos confrères qui veulent bien nous offrir leur concours scientifique.

Pour ce qui regarde l'étude des *maladies du larynx,* disons tout d'abord qu'il n'est pas possible de nous limiter à cet organe comme on le ferait dans un traité d'anatomie ou de pathologie théorique. Il existe en effet une telle connexion entre les premières voies respiratoires et digestives, qu'il est impossible de séparer dans la pratique les maladies qui les affectent. Aussi, à côté des maladies du larynx, on

est à tout moment obligé de décrire celles du pharynx, des fosses nasales et de la bouche qui accompagnent ou compliquent les premières. Souvent des affections des bronches ou des ganglions bronchiques retentissent de telle manière sur l'organe de la voix, qu'il faut de toute nécessité les étudier, ne fût-ce qu'au point de vue du diagnostic différentiel. Dès ce premier numéro nous montrerons que nous ne craignons pas de sortir en apparence de notre sujet, et l'on verra dans quelles justes limites nous nous permettrons de le faire.

Cependant il est, même dans les maladies du larynx proprement dites, un certain nombre de chapitres très-bien étudiés autrefois, avant l'invention du laryngoscope, et pour lesquelles cet instrument a peu de chose à nous apprendre. Telles sont les angines laryngées et pharyngées aiguës, bien décrites partout. Tel est encore le croup, dont il existe de si excellentes descriptions depuis Bretonneau et Trousseau. Assurément nous ne nous interdirons pas d'en parler, mais on comprendra que nous soyons au début plus préoccupés des maladies qui relèvent directement du laryngoscope, et dont cet instrument seul peut nous donner une idée exacte. Nous aborderons surtout ces maladies aiguës au point de vue des notions nouvelles que nous pourrons acquérir sur leur compte. En effet, les connaissances que nous avons sur elles sont loin d'être complètes, la science est encore à faire sur bien des points. Ainsi les lésions du larynx dans les fièvres sont un sujet sur lequel nous avons encore à peu près tout à apprendre. La difficulté d'appliquer le laryngoscope chez des sujets en proie à une fièvre ardente, ou atteints de symptômes généraux qui priment de beaucoup les phénomènes laryngés, fait que cette étude a été à peine entreprise jusqu'à présent, et que l'on s'en tient ordinairement aux notions fournies par l'anatomie pathologique. Mais celle-ci, dans les fièvres éruptives par exemple, ne nous donne de renseignements que sur les lésions ultimes des cas qui sont devenus mortels, et nous ne pouvons encore décrire *de visu* le début des accidents et leur développement progressif. On comprend le vaste champ d'exploration qui s'ouvre de ce côté.

D'autre part, en reconnaissant les progrès que le laryngoscope a apportés à la connaissance des maladies chirurgicales du larynx, il faut avouer qu'on a exagéré le côté technique de la laryngoscopie. On fut frappé tout d'abord des résultats brillants qu'elle a donnés pour l'extraction des tumeurs et polypes du larynx qui réclamaient autrefois la bronchotomie. Le traitement des polypes devint une véritable spécialité. Cependant ces polypes n'existent que dans une proportion assez faible, relativement aux autres maladies du larynx. A peine, dans un dispensaire spécial, représentent-ils plus de trois ou quatre pour cent des maladies observées.

Les opérations délicates nécessitées par l'extraction de ces tumeurs seront entièrement du domaine des personnes exercées et constituent en effet une spécialité. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de ce que les publications récentes ou les observations cliniques peuvent nous apprendre d'intéressant sur ce genre de maladies, dont tout médecin doit connaître l'existence, dont il devrait toujours savoir porter le diagnostic, même quand il renonce à les opérer lui-même.

Mais il existe à côté de ces affections spéciales une pathologie courante du larynx, avec laquelle tout médecin doit être familier. La laryngoscopie, en effet, est non-seulement indispensable pour les maladies laryngées proprement dites, mais elle est souvent de la plus grande utilité pour le diagnostic de quelques maladies étrangères au larynx.

C'est ainsi qu'un grand nombre de malades sont atteints d'aphonie que l'on attribue à des inflammations chroniques du larynx plus ou moins profondes. Ils sont traités infructueusement par les moyens les plus variés : gargarismes, pulvérisations, eaux minérales, vésicatoires, cautères même au devant du cou, etc. On pratique l'examen laryngoscopique, et l'on reconnaît, en l'absence de toute lésion matérielle des cordes vocales, que l'un a affaire, soit à des névroses (parésie hystérique), soit à des maladies extra-laryngées agissant indirectement sur le larynx, telles que des anévrysmes de l'aorte, des adénopathies bronchiques avec

compression des récurrents. Par le laryngoscope, on pourra quelquefois soupçonner des tumeurs cérébrales produisant l'aphonie, en raison de leur siége au niveau des origines du pneumogastrique ou du spinal. Aussi dès qu'un malade présente de l'aphonie ou du cornage, l'examen laryngoscopique devient nécessaire.

Dans des cas d'un autre ordre, le laryngoscope fait reconnaître sur le larynx des traces de syphilis ancienne qui donnent l'explication d'accidents lointains dont la nature fût autrement restée douteuse.

Ce que nous disons de la syphilis est applicable à la scrofule et le sera bientôt peut-être à l'herpétisme et à l'arthritisme. Le *cancer du larynx* (ce cancer paraît être le plus souvent primitif et indépendant de toute autre manifestation cancéreuse) ne pourra être reconnu qu'au moyen du laryngoscope. Là encore le miroir, en nous révélant une lésion diathésique aussi grave, nous permet de porter à temps un pronostic dont l'événement ne démontrera que trop la justesse.

Les exemples que nous venons de donner font voir combien il est désirable que tout médecin sache poser un diagnostic au moyen du laryngoscope. Il n'est pas moins nécessaire qu'il puisse directement porter des topiques sur le larynx. La plupart des affections laryngées peuvent être très-avantageusement modifiées par un traitement topique régulier, et il importe que le médecin ordinaire ne soit pas constamment obligé de renvoyer pour cela son client à un confrère spécialiste. Il faut donc que tout médecin apprenne à pratiquer ces petites opérations courantes. Nous ne négligerons aucune occasion de lui en faciliter l'usage, en le tenant au courant des méthodes opératoires et des instruments, depuis les plus simples jusqu'aux plus perfectionnés.

Alors que la pratique médicale journalière adoptait les instruments qui lui permettaient de mieux apprécier les phénomènes morbides, l'otoscope et l'examen de l'oreille à la lumière sont demeurés jusqu'à présent le privilége des spé-

cialistes. Quels sont les médecins qui, dans le courant d'une maladie grave, d'une fièvre éruptive ou d'une fièvre typhoïde, songent à examiner les oreilles avec un éclairage suffisant? Et cependant cet examen permettrait très-souvent de reconnaître une erreur. Dans le cours des fièvres graves et particulièrement de celles dans lesquelles l'angine est commune, la surdité est fréquente. Mais on s'en préoccupe rarement. On met volontiers sur le compte de complications cérébrales ce qui n'est souvent que le résultat d'une inflammation de l'oreille. Survient-il un écoulement et en même temps une certaine amélioration? on juge que c'est une crise favorable, sans trop s'inquiéter de l'état de l'angine, et sans se demander si une infirmité durable n'en sera pas la conséquence.

Prenons un autre exemple : l'otite des nouveaux-nés est aussi fréquente que l'ophthalmie. Mais si cette dernière maladie est l'objet de toutes les craintes et de toutes les appréhensions, la première est au contraire traitée fort légèrement. On laissera la nourrice projeter de son lait dans les oreilles et on ne commencera à s'inquiéter que quelques mois plus tard, lorsqu'on pourra entrevoir la triste perspective de la surdi-mutité. Quand on examine les oreilles des enfants atteints de cette triste infirmité, on reconnaît que 79 fois sur 100 la perte de l'ouïe est postérieure à la naissance. Dans un certain nombre de cas elle eût pu être évitée.

Depuis quelques années, l'étude des maladies de l'oreille a eu l'heureux privilége d'intéresser un grand nombre de médecins. Des travaux importants ont été faits tant en France qu'à l'étranger. Des publications périodiques ont été créées en Allemagne et en Amérique pour les répandre. En France de précieux matériaux se trouvent chaque année épars dans les nombreux organes de la presse médicale. Nous avons pensé qu'il y aurait grand avantage à réunir ces documents. Les progrès obtenus n'ont-ils pas l'heureux privilége de provoquer de nouvelles recherches?

Si l'étude des maladies locales ne doit jamais laisser perdre de vue les diathèses et les maladies générales qui les engendrent ou les provoquent, d'un autre côté l'observation

nous montre que les organes de régions voisines ont, au point de vue pathologique, une véritable connexité. Combien de surdités n'ont pas d'autre origine ou d'autre cause qu'une affection des fosses nasales ou du pharynx; et les affections du larynx ne sont-elles pas souvent de même nature que celles du pharynx? Pour ces différentes maladies, il y a donc un terrain commun. C'est ce qui nous a déterminés à réunir dans une même publication les affections que l'otoscopie, la laryngoscopie et la rhinoscopie permettent d'étudier. Nous nous adressons à ceux qui mettent l'intérêt de la science au-dessus de toute autre considération, et nous comptons sur leur bienveillant encouragement.

Isambert, Krishaber, Ladreit de Lacharrière.

# ESSAI DE CLASSIFICATION DES MALADIES DU LARYNX ET DU PHARYNX,

par M. le docteur **Isambert.**

(Extrait d'une leçon clinique faite à l'hôpital Lariboisière.)

La plupart des classifications proposées jusqu'à ce jour pour les maladies du pharynx et du larynx reposent sur des bases insuffisantes, de sorte qu'elles ont fourni des divisions arbitraires ou des cadres incomplets. Il importerait de trouver une base nosologique véritablement philosophique qui s'appliquerait en général à toutes les maladies des premières voies. A ce titre l'ancien nom d'*angine*, qui s'appliquait aussi bien aux angines pharyngées que laryngées, peut être conservé provisoirement, puisque son sens vague répond précisément au caractère de généralité que l'auteur cherche à donner à sa nomenclature.

On a adopté pour ces maladies, tantôt des divisions purement anatomiques, suivant la région affectée (laryngite, pharyngite, amygdalite), ou suivant les éléments anatomiques qui étaient atteints (angines superficielles, sous-muqueuse, glanduleuse) : cette topographie nous apprend peu de chose et ne fournit aucune indication thérapeutique. D'autres ont envisagé les lésions et décrit la congestion, l'inflammation simple, la pseudo-membraneuse, l'ulcéreuse, la gangréneuse, l'œdémateuse, les périchondrites et périostites, les rétrécissements. C'est déjà plus satisfaisant, cependant on réunit ainsi des maladies très-dissemblables dans leur étiologie, des maladies aiguës et des maladies chroniques, des maladies saisonnières avec des maladies infectieuses ou constitutionnelles. Ainsi, la pseudo-membrane se trouve dans la diphthérie, dans la scarlatine, dans l'herpès guttural; les ulcères dans la syphilis, la scrofule et la tuberculose; les gangrènes et les nécroses dans la fièvre typhoïde, dans la scrofule et dans la tuberculose. L'œdème de la glotte, épiphénomène de toutes les angines graves, ne peut être conservé à titre d'espèce.

Il faut donc à la notion anatomo-pathologique ajouter les catégories tirées de la marche et de l'évolution de la maladie (angines aiguës, chroniques, primitives ou secondaires), et enfin de l'étiologie et de la spécificité, pour arriver à une nomenclature philosophique et à des espèces naturelles.

M. le professeur Lasègue dans son *Traité des angines*, a donné non pas une classification (il se défend d'avoir voulu le faire), mais une nomenclature d'espèces naturelles, dont il il signale lui-même les lacunes; ainsi il regrette de n'avoir pu décrire ni les angines toxiques, ni celles des fièvres continues, ni celles des phthisiques. Le groupe qu'il place au début, celui des *angines éruptives*, est très-bien tracé et fait admirablement ressortir les connexions des grandes pyrexies avec les localisations inflammatoires des premières voies (angines morbilleuse, scarlatineuse, varioleuse; herpès guttural); mais on est étonné de voir comprendre dans ce groupe la syphilis, qui ne se signale pas seulement par des exanthèmes fugaces, mais par des ulcères profonds, des dermatoses invétérées, des gommes, des exostoses et des nécroses, qui retrouveront leurs analogues dans la gorge et ne peuvent être assimilés à des éruptions. Le second groupe n'a pas de caractère général (angines érysipélateuse, rhumatismale, phlegmoneuse, diphthéroïde et diphthérique); ce sont des *incertæ sedis* qui n'ont aucun lien entre elles, si ce n'est de coïncider avec des affections générales, d'accompagner ou de suivre des affections fébriles graves. Enfin le troisième groupe, les angines catarrhales, contient des subdivisions purement topographiques, sans lignes de démarcation bien accusées, et avec un seul caractère commun, l'origine catarrhale, qui n'est pas toujours bien démontrée pour quelques-unes.

En somme, on peut reprocher à l'éminent professeur d'avoir basé ses espèces presque exclusivement sur des caractères extérieurs. Il invoque, il est vrai, l'exemple des dermatologistes, qui ont décrit les lésions spécifiques désignées sous les titres de vésicule, de pustule, de bulle, etc.; mais depuis plusieurs années la dermatologie a renoncé à cette histoire naturelle stérile pour puiser dans la notion des

diathèses une rénovation féconde au point de vue thérapeutique. M. Lasègue n'en a pas moins eu un grand mérite: dans la nomenclature provisoire qu'il nous a présentée, il a parfaitement rendu à un grand nombre d'angines, dans lesquelles les pathologistes ne voyaient que des maladies locales, la notion *d'affections générales*, dominée pour les affections fébriles aiguës par la prédisposition, et pour les angines chroniques par la diathèse. C'est dans la diathèse que M. Lasègue a nettement entrevu la base réelle d'une classification méthodique des angines chroniques. Mais il s'est arrêté par modestie sur la route de la vérité qu'il avait indiquée.

M. Isambert a fait de son côté quelques tentatives pour marcherplus avant dans cette voie, et après avoir obtenu quelques résultats pratiques, il propose une classification fondée sur l'étiologie, véritable base de la détermination des espèces morbides. Sans doute cette base nous fait souvent défaut, sans doute les espèces qu'elle nous indique ne sont pas encore dégagées entièrement par des caractères différentiels suffisants ; mais si l'idée fondamentale est vraie, pourquoi tarder à la proclamer ? Pourquoi ne pas tracer immédiatement des cadres rationnels où viendront successivement prendre place et se fixer les espèces naturelles que les progrès ultérieurs de la science nous feront connaître ?

Nous divisons d'abord, dit M. Isambert, les angines en *angines simples* ou *locales*, se développant sous l'influence de causes banales, et en angines *localisées* ou *secondaires*, sous l'influence d'une maladie générale. Ainsi se trouvent constituées deux grandes classes dans lesquelles peuvent rentrer toutes les angines. Nous y ajouterons deux autres classes : les *processus non inflammatoires* (polypes, tumeurs diverses, cancer) et les *troubles de l'innervation*. Il est bien entendu que ces deux dernières classes n'ont rien de commun avec les angines inflammatoires, et comprennent des affections pharyngo-laryngées d'une nature tout à fait différente. (*V.* le TABLEAU, p. 14 et 15.)

I. Angines simples ou locales. — Nous rencontrons tout d'abord dans cette classe l'angine aiguë, phlegmoneuse, ayant son analogue dans le larynx, la bouche, les bronches et même les poumons. Nous plaçons à côté l'amygdalite. C'est une angine tout à fait spéciale par l'organe qui est le siége de la lésion, et par les caractères que revêt l'inflammation sur ce point, inflammation parenchymateuse et suppurative. Il n'y a guère que l'amygdale qui puisse être atteinte avec un tel degré de gravité sous l'influence du froid seul. Le poumon dans la pneumonie franche n'arrive lui-même à la période suppurative qu'exceptionnellement, et après une exsudation plastique préalable. Il est à remarquer que ce premier groupe ne reconnaît guère pour les muqueuses de la gorge, du larynx, des fosses nasales et des bronches que des inflammations en quelque sorte traumatiques, ou par irritants directs ; et que le froid simple produit ordinairement des affections catarrhales.

Le second groupe, formé par les *angines catarrhales*, est également très-naturel. Il comprend les angines catarrhales aiguës et chroniques avec leurs analogues dans les bronches et les fosses nasales. On peut en rapprocher la laryngite striduleuse, qui n'est qu'une laryngite catarrhale compliquée d'un élément spasmodique. Évidemment la laryngite striduleuse n'a pas d'analogue dans le pharynx ; peut-être dans les bronches pourrait-on en rapprocher la coqueluche, dont le siége anatomique est loin d'être déterminé.

L'angine *folliculeuse* ou *glanduleuse*, angine chronique qui a son siége spécial dans les glandules du pharynx, forme aussi une espèce assez difficile à classer. Elle a son analogue dans la stomatite aphtheuse, mais dans le larynx il est douteux qu'il y ait une inflammation glanduleuse véritable. Nous reviendrons, du reste, sur cette question quand nous parlerons spécialement de cette affection.

Les angines *toxiques* forment aussi un groupe très-naturel auquel M. Lasègue a donné place dans sa classification (*ouvr. cité*, p. xv). Il faut distinguer parmi les angines toxiques celles qui agissent par *action directe du poison*, et celles qui ne se produisent qu'*après absorption*. Les premiè-

## CLASSIFICATION DES ANGINES

| | | | PHARYNGITES. |
|---|---|---|---|
| I. ANGINES SIMPLES OU LOCALES (sous l'influence de causes banales). | | | Aiguë phlegmoneuse |
| | | | — amygdalite |
| | | | Catarrhale aiguë |
| | | | — chronique |
| | | | Folliculeuse ou glanduleuse |
| | | | Toxique (après absorption du poison) |
| | | | — Belladone |
| | | | — Iode |
| | | | — Brome |
| | | | . . . . . . . . . . |
| | | | — Alcoolique |
| | | | — Urticaire (de Lasègue) |
| | | | — Nicotinique |
| | | | Parasitaire, muguet |
| II. ANGINES LOCALISÉES OU SECONDAIRES (sous l'influence d'une maladie générale). | Inflammatoires (par maladie générale, incertæ sedis) | | Erysipélateuse |
| | | | Herpétique (herpès proprement dit) |
| | | | Diphthéroïde (angine couenneuse commune, angine pultacée) |
| | Spécifiques | des fièvres éruptives | Rhumatismale |
| | | | Variolense |
| | | | Morbilleuse |
| | | | Scarlatineuse |
| | | des fièvres continues | Typhoïde |
| | | de poisons morbides divers | Morveuse |
| | | | Diphthérique (angine maligne) |
| | | | Syphilitique |
| | | | Tuberculeuse (granulée pharyngée) |
| | Diathésiques | | Scrofuleuse (lupus pharyngien) |
| | | | Dartreuse. Eczéma |
| | | | — Psoriasis |
| | | | — Pityriasis |
| | | | Arthritique (acné de Lasègue?) |
| III. PROCESSUS NON INFLAMMATOIRES. | Tumeurs | Bénignes | Epithéliales |
| | | — | Muqueuses |
| | | — | Fibreuses |
| | | Malignes | Cancer |
| IV. TROUBLES DE L'INNERVATION | | Paralysies | Paralysie du voile du palais, etc |
| | | Spasmes | Spasme pharyngien |

# PHARYNGÉES ET LARYNGÉES.

| LARYNGITES. | MALADIES ANALOGUES DANS LES ORGANES VOISINS | | |
|---|---|---|---|
| | BOUCHE. | FOSSES NASALES. | BRONCHES. |
| Aiguë par irritants directs. ...... | Stomatite aiguë. ... | Coryza aigu. ..... | Bronchite par irritants directs. |
| .......... | — glossite profonde | .......... | .......... |
| Catarrhale aiguë... | — — .. | Coryza catarrhal aigu.. | Bronchite catarrhale aiguë. |
| — chronique. | — — . | — chronique. | — — chronique |
| Striduleuse (faux croup). | .......... | .......... | Coqueluche. |
| Glanduleuse ..... | Stomatite aphtheuse . | .......... | .......... |
| Toxique après absorption... | St. Toxique après absorption. | Cor. Toxique après absorption | .......... |
| — Belladone ... | .......... | .......... | .......... |
| — Iode..... | Iode.......... | Iode.......... | .......... |
| — Brome..... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | Stomatite mercurielle. | .......... | .......... |
| — Alcoolique... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | .......... | .......... | Urticaire. |
| — Nicotinique... | .......... | .......... | .......... |
| .......... | Muguet. .......... | .......... | .......... |
| Erysipélateuse .... | Stomatite érysipélateuse ...... | Érysipèle ...... | Érysipèle. |
| .......... | Herpès labialis. ... | Herpès nasal. ... | .......... |
| Diphthéroïde (Épiglottite ulcéro-membraneuse. ...... | Stomatite ulcéro-membraneuse. ..... | .......... | .......... |
| .......... | .......... | .......... | .......... |
| Varioleuse...... | Varioleuse...... | Cor. varioleux .... | Bronchite varioleuse. |
| Morbilleuse...... | Morbilleuse...... | Cor. morbilleux ... | Bronchite morbilleuse. |
| Scarlatineuse..... | Scarlatineuse..... | .......... | .......... |
| Typhoïde (laryngo-nécrosie)...... | Stomatite thyphoïde. . | Coryza typhoïde (rhinonécrosie). .... | Bronchite typhoïde. |
| Morveuse....... | Stomatite morveuse . | Morveuse....... | .......... |
| Diphthérique (Croup). | Stomatite diphthérique | Coryza diphthérique . | Bronchite diphthérique |
| Syphilitique ..... | Stomatite syphilitique. | Coryza syphilitique. . | .......... |
| Tuberculeuse (phthisie laryngée)..... | Glossite tuberculeuse. | .......... | Bronchite tuberculeuse |
| Scrofuleuse...... | .......... | Ozène ...... | .......... |
| Dartreuse. Eczéma . | Eczéma de la langue. | — .......... | .......... |
| — Psoriasis . | Psoriasis de la langue | — .......... | .......... |
| — Pityriasis . | .......... | .......... | .......... |
| Arthritique..... | .......... | .......... | .......... |
| Epithéliomas...... | Epithéliomas cancroïdes ........ | Epithéliomas..... | .......... |
| Polypes muqueux... | .......... | Polypes muqueux. | .......... |
| Polypes fibreux... | .......... | Polypes fibreux... | .......... |
| Cancer........ | Cancer....... | Cancer....... | .......... |
| Paralysie des constricteurs laryngiens... | Paralysie de la langue | | |
| Paralysie du dilatateur | .......... | .......... | .......... |
| Spasme (Asthme de Millar)...... | .......... | .......... | .......... |

res, résultant de l'ingestion de substances caustiques, acides ou alcalis, par exemple, qui irritent fortement les tissus, ne diffèrent pas, en réalité, des angines aiguës de notre premier groupe, où nous invoquions surtout l'action d'une chaleur trop forte ou d'un froid trop vif, et il n'y a en réalité pas lieu d'établir pour elles un groupe spécial. L'alcool, le tabac, peuvent agir aussi directement sur le pharynx comme irritants locaux, mais nous sommes fondés à croire qu'ils ont un autre mode d'action; pour nous, les angines véritablement toxiques procèdent d'une façon plus complexe : à l'action irritante directe il faut ajouter les effets généraux qui peuvent se produire après absorption du poison : les angines alcooliques et nicotiniques ont sans doute ces deux modes d'action. Au second mode se rapportent les accidents qui suivent l'empoisonnement par la belladone, le brome, l'iode, etc... Il est clair que dans ces cas le poison n'agissant sur la gorge qu'après avoir pénétré l'organisme tout entier, ces accidents pourraient être, à la rigueur, rangés dans notre seconde classe, les angines localisées ou secondaires. Mais c'est un sujet encore assez mal connu, et nous devons nous borner à marquer la place de ce groupe.

Le dernier groupe de la première classe est formé par les *angines parasitaires;* le muguet se rencontre surtout dans la bouche et le pharynx, quelquefois dans l'œsophage, et beaucoup plus rarement encore dans l'estomac ; mais jamais il ne se propage dans les voies respiratoires, dans le larynx ou les bronches ; il suit en cela une marche inverse de celle de la diphthérie, qui ne gagne jamais l'œsophage : nous savons tous avec quelle facilité celle-ci se propage dans les voies respiratoires. Nous nous bornons à marquer la place de ce groupe parasitaire, qui n'est pas encore suffisamment connu.

II. Angines localisées ou secondaires. — Le premier groupe de cette classe est formé par des angines que nous appellerons *inflammatoires*, reconnaissant d'ailleurs que c'est là un groupe mal déterminé, constitué par des maladies générales, *incertæ sedis*. L'angine érysipélateuse, que nous y rencontrons la première, nous est connue. Mais l'érysipèle se pro-

page parfois bien plus loin que le pharynx ; il peut gagner le larynx et la trachée, dans quelques cas même il peut atteindre les bronches et le poumon.

L'herpès a son siége surtout sur les lèvres, dans la bouche, quelquefois dans le pharynx où il constitue l'angine herpétique, laquelle a seulement une ressemblance de nom avec l'angine de l'herpétisme, ou plutôt l'angine *dartreuse*. On n'a pas, jusqu'à présent, signalé d'exemple d'herpès proprement dit dans le larynx.

Les angines *diphthéroïdes* comprennent l'angine couenneuse commune, l'angine pultacée, etc... On peut faire rentrer dans ce groupe une espèce que nous n'avons observée que deux fois, l'épiglottite ulcéro-membraneuse, tout à fait analogue à la stomatite du même nom.

Enfin l'angine rhumatismale est une affection dont l'existence n'est pas douteuse. Elle se produit même quelquefois avant toute manifestation articulaire.

Les *angines spécifiques* comprennent les angines des fièvres et celles qui sont dues à l'influence de poisons morbides divers. — Les fièvres éruptives s'accompagnent toutes d'angines plus ou moins intenses ; mais ces angines sont souvent aussi bien laryngées que pharyngées ; malheureusement l'étude laryncoscopique de ces laryngites est encore à faire, et l'anatomie pathologique ne nous a pas toujours donné de notions exactes. Les autopsies nous ont cependant montré des pustules varioliques dans le larynx, et M. Coyne a fait récemment une bonne étude anatomo-pathologique du larynx chez les morbilleux. — Trousseau a longtemps combattu l'existence de la laryngite scarlatineuse ; il exprimait son opinion par cet aphorisme bien connu : *La scarlatine n'aime pas le larynx*. Messieurs, c'est là une erreur, et Trousseau a fini par le reconnaître lui-même dans les derniers temps de sa carrière. On observe, en effet, bien qu'assez rarement, le croup à la suite de la scarlatine : un matin je venais de voir succomber à cette complication le fils d'un député, lorsque, en entrant à la clinique de l'Hôtel-Dieu, j'entendis Trousseau proclamer son fameux aphorisme ; l'éminent professeur accueillit avec quelques doutes l'observation que je lui fis à ce

sujet; le petit malade avait été cependant soigné par Blache, par MM. Barth et Demarquay, et le diagnostic n'était pas douteux. Quelques mois après Legroux, mon maître, appelait le même professeur Trousseau auprès de la fille d'un notaire de Paris, qui se mourait de la même complication ; Trousseau fut alors convaincu, et même il pratiqua sur cette enfant une opération de trachéotomie pour laquelle j'eus l'honneur de lui servir d'aide.

Les angines des fièvres continues, ou de la fièvre typhoïde, sont bien connues depuis les travaux de Sestier et de M. Roger. On sait qu'elles aboutissent à des nécroses des cartilages du nez et du larynx.

La morve étend ses lésions des fosses nasales au pharynx et au larynx. Mais l'angine morveuse n'est qu'un élément secondaire d'une si terrible maladie.

Quant au choléra, nous ne faisons que marquer sa place. On connaît l'aphonie des cholériques, mais on n'a guère songé à explorer leurs larynx.

L'angine diphthérique, qui constitue le croup quand elle passe dans le larynx, et la bronchite pseudo-membraneuse lorsqu'elle s'étend dans les bronches, a été admirablement décrite par Trousseau et son école. Nous n'y reviendrons pas. D'ailleurs la douleur qui résulterait de l'application du miroir, l'âge des malades chez lesquels la diphthérie se produit ordinairement, rendent à peu près impossible tout examen laryncoscopique. Nous aurons à traiter longuement, au contraire, de l'angine et de la laryngite syphilitiques, dont nous vous ferons voir de nombreux exemples.

Le troisième groupe, les *angines diathésiques*, n'est pas moins défini que les deux précédents ; mais il est beaucoup moins étudié, et cependant les affections qui le constituent comptent parmi les plus fréquentes. — L'angine tuberculeuse est peu connue dans le pharynx. M. Lasègue l'y a longtemps cherchée, mais vainement, et cependant il existe, comme nous vous le démontrerons, une pharyngite tuberculeuse aiguë due à la production de granulations miliaires dans le pharynx. La laryngite tuberculeuse a été beaucoup plus étudiée, et elle est décrite depuis longtemps sous le

nom de phthisie laryngée ; mais on a autrefois confondu sous ce nom de phthisie laryngée bien des choses étrangères à la tuberculose. Il importe de réduire aujourd'hui la phthisie laryngée aux lésions du larynx chez les tuberculeux.

L'angine *scrofuleuse* est encore peu connue. Entrevue par Hamilton de Dublin, décrite dans ses formes graves par l'école de M. Bazin, cette maladie a été pour moi l'objet d'études particulières, surtout dans ses premières périodes ; et j'ai été assez heureux pour rallier à ma manière de voir une aussi haute autorité que M. Lasègue.

Quant à la laryngite scrofuleuse, ce n'est encore qu'une maladie ébauchée, qui ne nous apparaît que comme la terminaison, pas toujours constante, de la pharyngite scrofuleuse.

L'angine *dartreuse* (nous ne disons pas *herpétique*, parce que cet euphémisme porte à la confondre avec l'herpès proprement dit décrit ci-dessus) s'observe dans le pharynx, dans la bouche et dans le larynx, concurremment avec plusieurs dermatoses, telles que l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis. Bien que les affections laryngées qui en dépendent paraissent assez fréquentes, il n'est pas encore très-facile d'en préciser les caractères.

Quant à l'angine *arthritique*, c'est une espèce très-mal déterminée, encore à peu près inconnue. Néanmoins nous croyons être déjà arrivés à reconnaître quelques caractères qui peuvent lui être attribués ; les angines décrites par M. Lasègue, et qui se produisent en même temps que les éruptions d'acné, nous paraissent rentrer dans ce groupe ou s'en rapprocher beaucoup.

Dans les deux autres classes de notre tableau il n'y a plus à faire intervenir l'inflammation. Nous avons placé ces affections à la suite des précédentes, seulement parce qu'elles se produisent aux dépens des mêmes organes et non pas à cause d'une analogie de nature. On peut diviser les tumeurs en *tumeurs bénignes* (épithéliomes, polypes et fibrômes), et en tumeurs *malignes* ou cancers. Le cancer, assez rare dans le pharynx, puisque M. Lasègue n'en décrit qu'un cas bien caractérisé, est, au contraire, assez fréquent dans le larynx et, chose remarquable, il nous a paru le plus souvent *primitif*,

c'est-à-dire ne coïncidant avec aucune autre manifestation cancéreuse dans d'autres organes.

Quant aux NÉVROSES qui forment notre dernière classe, ce sont des *paralysies* ou des *spasmes* du pharynx ou du larynx. Les premiers sont ordinairement symptomatiques de quelques tumeurs thoraciques (anévrysmes, adénopathie bronchique) ou de quelque lésion cérébrale portant sur l'origine de la huitième paire. Les spasmes, assez peu connus jusqu'à présent, nous apprendront des choses assez intéressantes sur les actions réflexes du larynx et de la trachée.

Telle est la classification que nous proposons pour les angines pharyngées et laryngées. Il y manque encore bien des choses. Certaines cases sont encore vides, elles pourront être remplies ultérieurement si l'on vient à trouver des espèces nouvelles. Certaines espèces ne sont peut-être pas à leur place, on pourra les changer quand on les connaîtra mieux. D'autres espèces disparaîtront peut-être sous l'influence d'études ultérieures. Nous espérons, toutefois, que les grandes lignes de notre classification seront peu modifiées. Ce n'est pas seulement parce que nous les trouvons rationnelles (nous pourrions nous faire des illusions à cet égard) ; mais c'est parce que nous les voyons s'adapter également bien aux affections des muqueuses similaires ou voisines, au larynx comme au pharynx, à la bouche comme aux fosses nasales ou aux bronches. De plus, notre classification entre dans la nature même des maladies : elle est féconde en applications thérapeutiques, car elle n'expose jamais à perdre de vue les causes générales, et nous permet ainsi de prévoir les récidives et de les prévenir. Les angines et les laryngites sont rarement locales, et même parmi celles que nous avons classées sous ce titre il en est peu, sauf le traumatisme et les irritants directs, pour lesquelles on ne pourrait faire intervenir des influences générales, telles que la prédisposition, et pour les maladies chroniques la diathèse. Les poisons chroniques se rapprochent singulièrement dans leur mode d'action des spécificités et des diathèses.

Quelque imparfait que puisse être notre cadre, nous le

livrons pour ce qu'il est, et nous avons foi dans les idées générales qui nous l'ont fait tracer. On a reproché souvent à l'étude des spécialités de restreindre l'intelligence médicale, d'enfermer celui qui s'y livre dans des limites étroites, où il perd rapidement la notion de tout ce qui sort de son sujet de prédilection, et de lui faire oublier les lois générales de la pathologie. Nous nous sommes efforcé d'échapper à ce reproche en prenant pour base ces idées mêmes de pathologie générale que l'on craindrait de nous voir méconnaître. A vous de juger si, en traçant un chapitre spécial de pathologie, nous avons réussi à rester dans les données d'une bonne philosophie médicale.

---

## DE L'AMYGDALOTOMIE,

Par M. le docteur **de Saint-Germain**.

(Leçon faite à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.)

Messieurs, il y a quelques années, je rencontrai Nélaton dans un quartier éloigné, et comme je lui demandais ce qui l'y amenait : « Je vais, me dit-il, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter. » J'insistai pour savoir ce qui pouvait causer quelque embarras à un chirurgien aussi habile : « Je m'en vais, dit-il, essayer d'enlever deux amygdales. »

J'ai souvent, depuis cette petite conversation, réfléchi à l'opinion de Nélaton, et j'estime qu'elle n'a rien d'exagéré dans un assez grand nombre de cas. Si l'on pouvait obtenir une confession sincère de tous les médecins, voire même des chirurgiens qui ont pratiqué souvent l'amygdalotomie, on arriverait à ce résultat, que la plupart ont eu des cas difficiles dans lesquels l'opération se faisait très-incomplétement ou même pas du tout. C'est précisément par ce côté que je compte aborder la question de l'amygdalotomie ; j'espère vous démontrer qu'à l'aide de certains moyens on peut triompher des cas difficiles et en sortir à son honneur. Cette heureuse solution est, d'ailleurs, d'autant plus importante à

obtenir que tout le monde est censé savoir couper les amygdales, que le public n'attache à cette opération aucune espèce d'importance et ne fait point grande différence entre une amygdalotomie et l'avulsion d'une dent.

Afin de bien comprendre les difficultés réelles que présente parfois l'opération qui nous occupe, et pour arriver à les vaincre, il est indispensable de bien connaître l'anatomie chirurgicale de la région.

L'amygdale, à l'état normal, est de la grosseur d'une amande. Elle est enchâssée dans une loge à laquelle elle donne son nom, loge circonscrite en dehors par le constricteur supérieur du pharynx, et en arrière par les piliers du voile du palais. Le pilier antérieur, beaucoup moins rapproché de la ligne médiane, permet une exploration facile de la région, surtout lorsque la bouche est largement ouverte. En effet, dans cette situation les piliers postérieurs se rapprochent, le constricteur supérieur du pharynx et le muscle amygdaloglosse se tendent de telle façon que l'amygdale subit une sorte de mouvement de spire, sur lequel M. Chassaignac a appelé l'attention. La fossette amygdalienne se rétrécit, l'amygdale est rendue plus saillante et sa face interne regarde un peu en avant. Ces piliers se comportent à la façon des doubles rideaux d'une fenêtre. L'amygdale, composée de follicules clos, présente un volume variable suivant les sujets. Souvent aplatie et déprimée à l'état normal, elle prend dans quelques cas un développement énorme : tantôt elle est arrondie comme une cerise, parfois elle atteint le volume d'un marron, et j'ai eu, tout dernièrement, l'occasion de voir à la consultation du Bureau central une femme dont une des amygdales était certes aussi grosse qu'une mandarine de moyenne taille. On ne saurait donc taxer d'exagération les faits cités par Lawrence et Falloon de Liverpool, dans lesquels l'amygdale avait la grosseur d'un œuf de poule.

Recouverte par la muqueuse, la surface de l'amygdale est unie et lisse quand les orifices des follicules muqueux constituant la glande sont petits ; mais elle présente, le plus souvent, une série d'inégalités ou culs-de-sac considérés à tort

comme les orifices de conduits excréteurs. Ces anfractuosités sont remplies fréquemment par des concrétions caséeuses qui peuvent donner lieu à de véritables calculs. Dans une variété signalée par Jarjavay, ces divers orifices viennent s'ouvrir dans une sorte de cratère central. Je n'ai, pour ma part, jamais observé cette disposition.

Tandis que la face interne ou libre de l'amygdale se montre plus ou moins saillante entre les piliers, la face externe ou adhérente repose sur un plan résistant constitué par le constricteur supérieur du pharynx et l'aponévrose pharyngienne ; elle en est séparée par une coque fibreuse résistante, décrite par Chassaignac. Ce plan oppose une barrière solide à toute espèce d'envahissement ; si bien que, dans le cas d'hypertrophie, l'amygdale ne pouvant se porter en dehors fait une saillie plus considérable du côté de l'isthme du gosier. Il en résulte une gêne respiratoire constante et des troubles de l'audition plus ou moins prononcés. On observe dans ce cas une physionomie d'hébétude toute particulière, et Dupuytren pense que cet état détermine un arrêt de développement de la cage thoracique chez des sujets exempts de rachitisme.

L'amygdale répond profondément à l'angle inférieur de la mâchoire, d'où cette douleur vive provoquée par la pression sur cette région quand une inflammation de la tonsille se déclare. Le tissu cellulaire profond, sur lequel repose l'amygdale, communiquerait librement, d'après Velpeau, avec le tissu cellulaire du cou ; ce qui expliquerait la corrélation entre certains phlegmons sus-hyoïdiens et l'amygdalite. C'est à un centimètre au moins en dehors de la face externe de l'amygdale que passe la carotide externe ; d'où la rareté extrême de la lésion de ce vaisseau dans l'amygdalotomie. Il faudrait, pour que ce malheur arrivât, la disposition particulière décrite par Chassaignac chez certains vieillards, la carotide décrivant à ce niveau nne courbure très-prononcée qui la rapproche de la face profonde de l'amygdale.

Puisque nous venons de citer M. Chassaignac, je tiens à rappeler qu'il a décrit une forme d'amygdales beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et qui est bien

faite pour rendre l'amygdalotomie difficile, souvent même impossible par les moyens ordinaires.

Souvent, dit-il, et surtout en cas d'hypertrophie, l'amygdale se prolonge en forme de mamelon qui descend le long de la paroi latérale du pharynx, de manière à présenter deux lobes bien distincts : le premier, très-accessible à la vue, occupe sa place habituelle ; le second, pharyngé, accessible au toucher seulement, peut passer inaperçu à un examen superficiel, et dans tous les cas ne peut être engagé dans la lunette de l'amygdalotôme. — Sans parler des formes assez rares d'hypertrophie, forme en grappe, en poire, etc., signalons deux dispositions absolument opposées, à savoir : l'étranglement de l'amygdale hypertrophiée entre les piliers : une partie de la glande ayant franchi les bords de la loge et n'y pouvant plus rentrer, variété d'amygdale bilobée, et l'hypertrophie de la tonsille se dissimulant absolument entre les piliers écartés, disposition des plus embarrassantes au point de vue de l'amygdalotomie. J'ai vu, pour ma part, deux masses tonsillaires énormes se touchant presque sur la ligne médiane, exactement recouvertes par les piliers et ne présentant qu'une surface libre très-étroite, de telle sorte qu'il était impossible de les enlever complétement sans intéresser les piliers. Les artères de l'amygdale sont volumineuses eu égard à l'importance de l'organe ; elles peuvent fournir au moment de la section une assez grande quantité de sang, surtout quand on n'énuclée pas l'amygdale ; quand on l'enlève entièrement, au contraire, on est exposé à une hémorrhagie veineuse, provenant de la lésion du plexus qui tapisse sa face profonde, plexus formé par les petites veines sortant de la glande, et se continuant directement en arrière avec le plexus veineux pharyngien. — Les lymphatiques vont aux ganglions sous-maxillaires, ce qui explique la fréquence des adénites de cette région consécutives aux angines tonsillaires.

Historique. — L'amygdalotomie remonte à la plus haute antiquité. Celse (an v après J.-C.) la décrit ainsi : *Tonsillas autem quæ post inflammationem induruerunt, cum sub levi tunicâ sint, oportet digito circum vadere et evellere, si nec quidem resolvuntur, hamulo excipere et scalpello excidere.*

Aétius (50 ans après J.-C.) préconise l'excision, mais s'oppose à l'éradication. *On enlève, dit-il, ce qui fait saillie, c'est-à-dire environ la moitié de l'organe hypertrophié. Ceux qui extirpent la glande tout entière enlèvent de plus des tissus parfaitement sains, et déterminent ainsi des hémorrhagies fort graves.*

Paul d'Égine (654 ans après J.-C.) est, au contraire, partisan de l'extirpation totale. *Nous fixons, dit-il, l'amygdale avec une érigne; nous l'attirons ensuite, autant que faire se peut, sans toutefois entraîner les membranes circonvoisines; puis nous extirpons la glande tout entière de la cavité qui la contient, au moyen d'un bistouri bien en main et répondant à la courbure de la langue. Aussi faut-il avoir deux instruments, un pour chaque côté, offrant des courbures dirigées en sens contraire.*

Albucasis abonde dans le sens de Paul d'Égine, mais avec certaines restrictions pourtant. C'est ainsi qu'il ne conseille l'opération que lorsque l'amygdale est ronde, blanchâtre et repose sur une base étroite. Il craint, lorsque la base est large, qu'il ne survienne une hémorrhagie difficile à arrêter. Après cette ère favorable à l'amygdalotomie nous arrivons à une période absolument contraire.

Ambroise Paré (1509) repousse l'amygdalotomie; il n'admet d'intervention sanglante que dans le cas d'hypertrophie énorme, amenant des accidents de suffocation, et alors ce n'est pas à l'amygdalotomie qu'il a recours, mais à la bronchotomie.

Fabrice d'Aquapendente (1557), dénaturant le texte de Celse, déclare impossible l'arrachement avec les doigts, et propose l'arrachement à l'aide de pinces, mais sans oser le pratiquer lui-même.

Guillemot, élève d'Ambroise Paré, insiste sur la nécessité de ne pas couper une trop grande partie de la glande, et conseille de ne point toucher à celles qui sont dures, inégales, douloureuses et de la nature du chancre. Il est bien entendu que sous cette dénomination Guillemot désigne les amygdales cancéreuses.

Marc-Aurèle Severini (1637), dans une épidémie pes-

tilentielle qui désolait Naples, et dont le gonflement tonsillaire était un des symptômes, coupait les amygdales pédiculées à l'aide d'une érigne et d'un bistouri en forme de faucille. Quant à celles qui étaient sessiles, il les attaquait par le feu.

Malgré cet exemple, Dionis, en 1672, tonne contre l'amygdalotomie, la traite de procédé barbare, et soutient que les amygdales ayant une certaine importance physiologique ne doivent pas être retranchées.

Juncker, en 1680, convient qu'il est utile d'attaquer la squirrhosité des amygdales, mais il préfère à l'excision la ligature faite à l'aide de l'instrument imaginé par Fabrice de Hilden pour diviser la luette. Heister, s'inspirant de ces idées, ne fait que paraphraser son prédécesseur.

Wiseman (1734) pense que le moyen le plus simple de détruire les amygdales hypertrophiées est le cautère actuel ou potentiel. Il ne repousse cependant pas absolument l'excision, qu'il pratique au moyen de ciseaux à boutons.

C'est avec Moscati, en 1738, que l'amygdalotomie reparaît dans tout son éclat. Cet auteur employa d'abord la ligature; plus tard il se servit du bistouri; mais après l'accident qu lui arriva en 1739 (asphyxie due à la chute d'une amygdale sur la glotte), il en vint à conseiller l'excision cruciale et l'excision de chacun des lambeaux.

Boërhave et van Swieten préconisent l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant. En 1757, Caqué, chirurgien de l'hôpital de Rheims, emploie l'érigne et les ciseaux.

Museux imagine sa pince; Desault le kiatome, assez semblable au pharyngotome de J.-L. Petit. Mais l'instrument spécial ne prend que difficilement. Dupuytren, Boyer, Lefranc se servent du bistouri boutonné et de la pince de Museux. Cloquet et Louis préfèrent les ciseaux; et après eux Fahnestock imagine son amygdalotomie et vulgarise ainsi une opération passée aujourd'hui dans le domaine public.

Messieurs, vous voyez qu'au milieu de ces phases diverses, l'ablation des amygdales tantôt admise tantôt rejetée, on a pour ainsi dire tourné dans le même cercle, sans rien produire de nouveau, jusqu'à une époque assez rapprochée

de nous. L'opinion généralement adoptée aujourd'hui a été émise pour la première fois par Aétius et plus tard par Albucasis, et le procédé que je vous recommanderai n'est guère qu'une réédition de celui de Paul d'Égine.

Pendant une très-longue période, on ne s'est servi que du bistouri, ou de ciseaux boutonnés, employant des érignes pour la fixation de l'amygdale. Museux remplaça l'érigne par cette pince que vous connaissez tous, et dont la pince de Robert n'est qu'une modification. Le premier instrument spécial est une sorte de kiatome, introduit dans la pratique par Desault. Jusque-là, l'amygdalotomie n'était pas une opération journalière. C'est seulement depuis l'invention de l'instrument de Fahnestock qu'elle est passée dans le domaine public.

Le principe qui guida ce chirurgien dans la confection de son instrument a été le point de départ de tous ceux que vous trouverez aujourd'hui dans la pratique, et que voici :

Les uns fonctionnent à l'aide d'une seule main, d'autres exigent l'emploi des deux mains, d'autres enfin sont faits pour être appliqués uniquement, soit à droite, soit à gauche.

Tous réunissent les deux instruments dont se servaient nos prédécesseurs, c'est-à-dire l'érigne et le sécateur. Ils se composent essentiellement d'un anneau massif fixe, porté par une longue tige ; d'un second anneau tranchant, caché absolument dans le premier, lorsque l'instrument est au repos, et porté également sur une tige qui glisse à frottement doux dans la première ; et enfin, d'une aiguille simple ou double destinée à embrocher l'amygdale. Nous verrons dans la prochaine leçon le fonctionnement de ces instruments.

(*A suivre.*)

---

# DE LA MALADIE DE MÉNIÈRE, ET DU VERTIGE DANS LES MALADIES DE L'OREILLE,

Par M. le docteur **Ladreit de Lacharrière**.

Quelques travaux importants ont été publiés, dans le cours de 1874, sur la maladie de Ménière et sur le vertige aural. Cette heureuse impulsion a été donnée surtout par les savantes leçons de M. le professeur Charcot. Trois thèses ont été présentées à la Faculté sur ce sujet : celle de M. Bonnenfant, *sur la séméiologie du vertige dans les maladies de l'oreille;* celle de M. Voury, *de la maladie de Ménière ;* enfin, celle de M. Bertrand, *maladie de Ménière.* Ces travaux ont une importance réelle, et seront des mémoires toujours utiles à consulter. Le sujet cependant n'a pas été envisagé par tous de la même manière. Pour M. Voury, la maladie de Ménière est caractérisée par des lésions du labyrinthe, et la surdité en est presque toujours fatalement la conséquence. Pour M. Bertrand, c'est une affection de l'oreille dans laquelle on observe des troubles de l'audition, du vertige et des bourdonnements, et dont les lésions peuvent exister dans le labyrinthe, dans l'oreille moyenne, et même en dehors du tympan.

Je ne pense pas qu'il y ait une maladie de Ménière à forme grave, et des formes bénignes ; je crois qu'elle est tou jours caractérisée par des lésions du labyrinthe, mais qu'il est des affections des conduits auditifs, des caisses des tympans, et même de la trompe d'Eustache qui, se manifestant par du vertige, des bourdonnements et des troubles de l'audition, penvent la faire craindre ou la simuler. Je me propose donc d'étudier rapidement ici la maladie de Ménière, et de montrer que dans les affections qui n'ont pas pour siége le labyrinthe, les symptômes ne sont pas semblables, et qu'il sera toujours possible de les distinguer.

C'est aux découvertes physiologiques de Flourens que nous devons l'explication des troubles qui accompagnent les lésions du labyrinthe. Nous lisons en effet dans le mémoire

qu'il présenta à l'Académie des sciences en 1822 (1).......
« ... La section du canal semi-circulaire horizontal des deux côtés est suivie de mouvements brusques et impétueux de la tête de droite à gauche, et de gauche à droite ; la section du canal vertical inférieur des deux côtés est suivie d'un brusque mouvement vertical inverse, c'est-à-dire de haut en bas et de bas en haut. Ce n'est pas tout : la section des canaux horizontaux détermine une rotation de l'animal sur lui-même dans le sens horizontal. La section du canal vertical antérieur ou antéro-postérieur détermine la culbute de l'animal sur lui-même d'arrière en avant, c'est-à-dire selon la direction antéro-postérieure du canal lui-même. En un mot, la section de chaque canal produit un mouvement déterminé par la direction même du canal : la section du canal horizontal, un mouvement horizontal ; la section du canal vertical antéro-postérieur, un mouvement d'avant en arrière et de culbute en arrière ; et la section du canal vertical antéro-antérieur, un mouvement d'arrière en avant ou de culbute en avant.

« Je viens à mes nouvelles expériences. Le cerveau (lobes et hémisphères cérébraux) ayant été retranché sur plusieurs pigeons, j'ai opéré successivement (et sur autant de pigeons différents, bien entendu) la section de chaque canal, et la section de chaque canal a produit son effet ordinaire : celle des canaux horizontaux, des mouvements horizontaux ; celle des canaux verticaux antéro-postérieurs, des mouvements verticaux d'avant en arrière ; et celle des canaux verticaux postéro-antérieurs, des mouvements verticaux d'arrière en avant.

« L'indépendance de chaque organe distinct de l'encéphale par rapport au cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux) est donc radicale, absolue, complète et complétement démontrée.

« Reste la grande difficulté : l'explication de l'étonnant phénomène qui lie la direction des mouvements à la direction des canaux semi-circulaires.

Ces données physiologiques une fois établies, il semble

(1) Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés.

que l'observateur devait en faire une facile application pour la solution des problèmes pathologiques. Il n'en fut rien pendant longtemps, et à part Burggraeve, qui décrivit, en 1841, les phénomènes vertigineux qu'il ressentit dans le cours d'une otite purulente, mais qu'il attribuait à une lésion du cervelet, aucun auteur jusqu'à Ménière ne songea à expliquer par des lésions de l'oreille interne les troubles vertigineux. Ce fut en 1861 que ce médecin présenta à l'Académie de médecine son important mémoire *Sur les lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme.* La même année, M. Hillairet présentait à la Société de biologie un mémoire intitulé : lésions de l'oreille interne, action réflexe sur le cervelet et les pédoncules.

Trousseau s'appliqua à déterminer dans ses leçons le vertige *ab aure læsa*, et à le différencier du vertige stomacal. Depuis lors, Knapp, Duplay, Brunner, Swauzy, Toynbee, et l'année dernière, MM. Charcot, Voury et Bertrand, ont par leurs travaux singulièrement accru l'intérêt de la question.

Les manifestations morbides du labyrinthe qui caractérisent la maladie de Ménière sont tantôt primitives, tantôt secondaires, elles sont aussi parfois la conséquence d'un traumatisme.

Quand elles sont primitives, elles prennent les formes soudaines apoplectiques ou inflammatoires, ou la forme lente et congestive. M. Voury admet quatre formes : 1° la forme apoplectiforme ; 2° la forme épileptiforme ; 3° la forme stomacale ; 4° et enfin la forme simple dans laquelle le vertige est le principal symptôme. Cette division ne me paraît pas avoir tenu un compte suffisant de tous les symptômes.

Au milieu d'une santé parfaite, un homme jeune et robuste tombe sur le parquet et reste abattu et immobile comme s'il avait été frappé de la foudre. Tous ses membres sont dans un état complet de résolution. La face est pâle, baignée de sueur ; bientôt des nausées se manifestent, puis des vomissements ; la connaissance un instant éclipsée reparaît, le malade trouve que tout tourne autour de lui, que ce mouvement lui donne mal au cœur, il accuse en même temps un grand bruit dans

les oreilles, et ces organes, qui jusque-là avaient été excellents, ne tardent pas à être accusés de surdité par le malade lui-même, et par son entourage.

Un autre malade très-robuste, ayant une vie de bureau très-sédentaire, est frappé au coin de son feu. Sans douleur, sans même pousser un soupir, il tombe sur le bras de son fauteuil. Son visage est pâle et baigné de sueur. Bientôt il survient des nausées, puis des vomissements. La connaissance revient, mais tout semble tourner dans la chambre, le malade dit qu'il a le mal de mer, il s'accroche à son lit comme s'il craignait d'être renversé. L'ouïe est très-affaiblie et les oreilles sont le siége de bruits violents et continus. Ces deux tableaux sont les résumés des observations de Ménière III et IV.

Nous avons dit que les accidents pouvaient prendre la forme inflammatoire. Nous en trouvons encore dans le mémoire de Ménière une observation qui va le démontrer. Une jeune fille ayant voyagé la nuit sur l'impériale d'une diligence lorsqu'elle était à une époque cataméniale éprouva, par suite d'un froid considérable, une surdité complète et subite. Reçue dans le service de M. Chomel, elle présenta comme principaux symptômes des vertiges continuels, le moindre effort pour se mouvoir produisait des vomissements, et la mort survint le cinquième jour.

La nécropsie démontra que le cerveau, le cervelet et le cordon rachidien étaient absolument exempts de toute altération; mais comme la malade était devenue tout à fait sourde après avoir toujours parfaitement entendu, Ménière enleva les temporaux afin de rechercher la cause de cette surdité complète survenue si rapidement. Il trouva les canaux semicirculaires remplis d'une matière rouge, plastique, sorte d'exsudation sanguine dont on apercevait à peine quelques traces dans le vestibule, et qui n'existait pas dans le limaçon.

Les lésions de l'oreille interne peuvent enfin se produire lentement, en quelque sorte par poussées successives qui viendront chaque fois aggraver la situation et produiront des phénomènes morbides qui ont une certaine ressemblance avec la congestion. Pour être fidèle à notre manière d'exposer les faits, nous analyserons l'observation suivante portée

sous le nº 13 dans la thèse de M. Voury, et qui a été recueillie dans le service de M. le professeur Charcot.. » G..., 51 ans, brocheuse, salle Saint-Jacques, nº 22. A 17 ans, elle eut mal à l'oreille gauche; il s'écoulait de cette oreille du pus et du sang. Elle y ressentait des élancements douloureux qui empêchèrent le sommeil. Elle consulta le docteur Ménière, qui la traita pendant dix-huit mois et lui fit des injections répétées ; il lui est arrivé fréquemment à cette époque d'être prise de vertiges, l'écoulement s'arrêta, elle resta sourde de l'oreille gauche.

Elle a toujours été nerveuse, très-impressionnable ; il lui est arrivé souvent, de 30 ans jusqu'à 40 ans passés, d'avoir de petites attaques d'hystérie. Avec l'âge ces accès se sont éloignés ; depuis l'âge de 40 ans ils avaient cessé ; la malade est encore aujourd'hui très-facilement impressionnable, elle a une hémianesthésie du côté droit. Une pression exercée au niveau du petit bassin du côté gauche est douloureuse.

A la suite de la maladie d'oreille, elle ne pouvait regarder couler l'eau, regarder par une fenêtre, regarder valser sans être prise de vertige, alors qu'elle n'avait rien ressenti de semblable avant cette maladie. Elle éprouva ensuite des sensations étranges : étant assise tranquillement, elle était prise tout d'un coup de bourdonnements d'oreille ; il lui semblait que la chaise cassait sous elle, elle poussait un cri, se levait brusquement et tout était fini.

A l'âge de 38 ans, elle commença à éprouver des vertiges qui, au début, n'avaient pas de sens déterminé. Elle avait alors des sifflements d'oreille, des nausées ; elle ne tombait pas, car elle avait toujours le temps, dit-elle, de s'appuyer à un mur ou à un objet quelconque. Ces vertiges devinrent plus fréquents ; quand elle sortait elle était obligée de suivre les maisons, prête à s'appuyer contre elles si cela devenait nécessaire. Il lui semblait souvent alors qu'elle tombait en avant, et chez elle, pour travailler, il lui arrivait fréquemment de se placer dans une position telle que la tête fût renversée et les jambes un peu élevées : dans cette position, les vertiges étaient moins fréquents. Son mal empirant, à l'âge de 44 ans la marche devint impossible ; à 45 ans elle

fut admise à la Salpêtrière. A l'âge de 46 ans, elle eut une grande attaque, sans cause apparente. Elle tomba sans connaissance et vomit : elle ne peut pas nous donner de grands renseignements sur ce qui se passa alors ; la perte de connaissance fut complète, elle ne put en déterminer la durée. Depuis cette époque les vertiges sont plus intenses, et sont presque continus. Quand elle va mieux, ce mieux n'est jamais suffisant pour lui permettre de poser le pied à terre. Elle ne s'est pas levée depuis six ans.

Les altérations de l'oreille interne peuvent aussi être les conséquences d'une affection de l'oreille moyenne. Le plus souvent c'est une otite purulente chronique. Le mal se propage le plus souvent après la disparition des osselets et la chute de l'étrier. Les malades ne se plaignent pendant longtemps que de leur écoulement d'oreille si tenace, si difficile à guérir, puis il commencent à éprouver des bruits dans l'oreille malade, et on s'aperçoit que la sensibilité de l'ouïe conservée jusqu'à ce jour se perd progressivement. Des vertiges ne tardent pas à se manifester, puis des vomissements. Au bout d'un certain temps tous ces phénomènes se calment, mais l'audition est tout à fait perdue.

L'otite labyrinthique peut être la conséquence aussi d'un traumatisme. J'ai eu l'occasion de donner mes soins en 1871 à un jeune homme de 20 ans, ouvrier doreur qui, le 1er janvier de cette année, par une journée de verglas très-dure avait glissé et était tombé à la renverse. Relevé sans connaissance, il n'était revenu à lui qu'une heure après. Il avait perdu une petite quantité de sang par les conduits auditifs. Il me fut amené par son père quelques semaines plus tard. Il n'entendait absolument rien, et on ne pouvait s'expliquer avec lui que par écrit. Les caisses des tympans ne présentaient pas de trace de perforation ; mais ces membranes étaient opaques et portaient les traces d'épanchements du sang. Ce jeune homme se plaignait d'un bourdonnement insupportable, il entendait le bruit d'une chute d'eau, et de temps en temps de véritables détonations. Sans avoir du vertige, sa marche n'était plus assurée, et il n'osait s'aventurer seul dans la rue. Mes efforts ne réussirent qu'à rendre aux caisses

tympaniques leur état à peu près normal. Les bourdonnements s'apaisèrent et disparurent peu à peu ; mais le malade resta complétement sourd. Je pense que ce malade avait dû se faire dans sa chute une fissure de la base du crâne.

M. Bonnenfant rapporte dans sa thèse, page 39, une observation de Blitzer, suivie d'autopsie. Il s'agit d'un homme qui, au milieu d'une parfaite santé, fut pris de symptômes apoplectiformes ; l'ouïe était complétement perdue, et l'examen des organes de l'audition ne révélait absolument rien d'anormal.

A l'autopsie on trouva une fissure de la base de l'occipital s'étendant à travers les deux pyramides pétreuses et le vestibule jusqu'à la paroi interne du tympan, qui cependant n'était pas fendu. Le labyrinthe droit était plein de sang coagulé et très-peu altéré. Ses parties membraneuses étaient ramollies. Le labyrinthe gauche était plein de pus sanguinolent, ses parties membraneuses étaient désorganisées par l'inflammation purulente qui s'étendait à travers la fissure jusqu'à la cavité crânienne. La mort fut causée par une méningite purulente de la base.

Les symptômes que l'on observe dans la maladie de Ménière sont les uns passagers: ce sont l'état syncopal, les vomissements, la céphalalgie; d'autres persistent pendant un temps plus ou moins long : ce sont les vertiges et les bourdonnements; il en est un enfin qui est constant : c'est la surdité.

L'état syncopal qui est caractérisé par la perte de connaissance, par les sueurs froides et profuses accompagne en général la première attaque, et se manifeste de moins en moins dans les attaques suivantes.

Les vomissements persistent plus longtemps, ou se renouvellent plus souvent. Ils semblent plus intimement liés au vertige, et se reproduisent toutes les fois qu'une nouvelle poussée ou qu'un simple mouvement vient à l'exaspérer. Il est bien rare de constater que les malades qui ont été frappés dans un état de santé en apparence parfaite aient ressenti auparavant de la céphalalgie. Au contraire, ceux chez lesquels l'affection du labyrinthe a été précédée longtemps auparavant par une otorrhée se plaignent de douleurs, d'é-

lancements dans la région temporale, et de la sensation de constriction frontale.

Le vertige et les bourdonnements sont les symptômes les plus caractéristiques de la maladie. Les malades se plaignent tantôt de voir tout tourner autour d'eux, et sont obligés de fermer les yeux pour se soustraire un peu à cette pénible sensation. D'autres fois, ils ont la sensation que le sol s'effondre sous leurs pas, que leur lit est précipité dans un abîme, et par un mouvement instinctif ils s'y cramponnent, trouvant dans la roideur de leurs membres et dans la contraction des muscles des bras, un peu de soulagement. D'autrefois, c'est le malade lui-même qui est animé d'un mouvement giratoire, il a une tendance à tourner sur lui-même; d'autres fois, la tête est entraînée du côté de l'oreille malade. Sur ce dernier symptôme, tous les auteurs ne sont pas d'accord; MM. Hillairet en France, et Knapp en Amérique ont donné des observations de malades qui tournaient du côté opposé à la lésion.

En général, le vertige ne se manifeste dans toute son intensité qu'au moment des crises, dans l'intervalle il diminue beaucoup, et même il disparaît quelquefois. Chez la malade de M. Charcot, il a cependant persisté presque toujours au même degré au point de l'obliger à ne pas sortir de son lit.

Les malades se plaignent de bourdonnements dès le début de la maladie. Ceux-ci se produisent avec une violence quelquefois très-grande et ils deviennent la cause d'un véritable supplice. Les bourdonnements qui se manifestent dans la maladie de Ménière ne me paraissent pas différer de tous ceux qui ont pour cause une affection des labyrinthes. Très-rarement ils prennent la forme de battements isochrones au pouls, toujours ils sont sonores, musicaux; ce sont très-souvent le sifflement aigu d'une locomotive, le carillon des cloches, des chants d'oiseaux; quelquefois le malade entend un orchestre complet, les tons lui paraissent d'une justesse et d'une harmonie parfaites. C'est ainsi qu'une dame, bonne musicienne, entendait les partitions qui lui étaient familières, et y aurait trouvé quelque plaisir, si elle avait pu obtenir un instant de repos et de calme. D'autres fois les malades en-

tendent les cris et les chants les plus discordants. Ils n'entendent jamais les bruits que l'on a appelé bruits de coquillage, le bruit d'un moulin un peu éloigné, ou le bruit d'une chute d'eau à une certaine distance, celui du vent dans les feuilles. Ces sortes de bourdonnements m'ont toujours paru appartenir exclusivement aux affections de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache.

Alors que tous les autres phénomènes morbides ont disparu, la surdité persiste en général dans la maladie de Ménière, je ne veux pas dire qu'elle reste toujours aussi complète et qu'il n'est pas possible de la diminuer; mais elle persiste toujours à un degré considérable.

Les causes de la maladie de Ménière sont générales ou locales. Il est souvent très-difficile de les déterminer lorsque cette affection se manifeste au milieu d'une santé parfaite. Dans ce cas, nous croyons avec M. Bertrand à la prédisposition héréditaire ou acquise, à l'*individualité pathologique*. M. Axenfeld regarde comme prédisposés au vertige les tempéraments apoplectiques et les sujets grêles, nerveux et irritables; nous avons vu un certain nombre de malades qui peuvent être rapprochés de ces différents types. Ménière a vu une affection du labyrinthe se développer après l'exposition à un froid violent. Brunner pense qu'une chaleur très-forte peut produire les mêmes effets.

Parmi les diathèses, je crois que la syphilis et la scrofule doivent avoir une grande part dans la maladie de Ménière. J'ai constaté plusieurs fois l'apparition de l'affection du labyrinthe en même temps que des accidents tertiaires, et j'ai pensé qu'il devait y avoir un lien entre elles. D'ailleurs, ne voyons-nous pas tous les jours la syphilis et la scrofule se manifester par des lésions des muqueuses ou du périoste et être des causes très-fréquentes de maladies de l'oreille?

Il est à peine besoin de mentionner que les chutes ou les chocs sur la tête peuvent, en déterminant des lésions osseuses, produire des affections des labyrinthes. Les affections du voisinage peuvent en se propageant produire les mêmes accidents. On a cité le catarrhe de l'oreille moyenne, l'otite purulente de la caisse. M. Hillairet a vu des altérations de

l'oreille interne survenir chez des malades atteints de polypes muqueux de la caisse du tympan.

Le diagnostic de la maladie de Ménière n'est pas aussi difficile qu'il le paraît tout d'abord, quand on ne perd pas de vue que c'est une affection du labyrinthe qui doit nécessairement occasionner une surdité plus au moins complète, et quand on se souvient que trois symptômes se manifestent toujours : *surdité*, *bourdonnements* et *vertiges*, et qu'ils sont tous les trois nécessaires pour caractériser la maladie. Observe-t-on de la surdité et du bourdonnement sans vertiges? On trouvera toujours l'explication de ces phénomènes dans les lésions de l'oreille moyenne. Le malade se plaint-il de vertiges et de bourdonnements survenant par accès, l'ouïe étant conservée ? On doit examiner le malade au point de vue encore d'une lésion de l'oreille moyenne, de la congestion célébrale et de l'épilepsie. Mais lorsque, sans lésion suffisante de la caisse du tympan, on constate les trois symptômes indiqués, on peut affirmer une lésion du labyrinthe, ou prévoir une maladie de Ménière.

Les affections de l'oreille moyenne des trompes et même des conduits occasionnant habituellement des bourdonnements, souvent des vertiges, et toujours un certain degré de surdité, nous allons les passer en revue pour montrer qu'on pourra toujours les distinguer de la maladie de Ménière. Nous avons vu que l'otite purulente de la caisse peut se propager à l'oreille interne, et nous avons mentionné l'observation de Knapp. Limitée à la caisse, l'inflammation produit quelquefois un léger vertige et un bourdonnement assez fort. Ce bourdonnement est caractérisé par un battement ou un bruit de souffle propulsif, quelquefois un sifflement, mais le malade n'entend ni des bruits musicaux ni des bruits de cloche. On constate une diminution de l'ouïe, mais si on explore à travers les os la sensibilité auditive, on la trouve à peu près égale à celle du côté sain. On se rend donc compte aisément que la maladie se trouve limitée aux organes de transmission.

Les altérations de la caisse peuvent produire des modifications dans la tension des osselets, et en particulier l'enfon-

cement de la base de l'étrier ; nous en trouvons une observation intéressante recueillie dans le service de M. Duplay et publiée dans la thèse de M. Bonnenfant. Il s'agit d'une femme agée de 49 ans, tuberculeuse, qui fut prise de douleurs vives de l'oreille et de la région mastoïdienne, et de vertiges qui l'obligèrent à garder le lit ; aussitôt qu'elle se levait, elle voyait tout tourner autour d'elle ou osciller dans le sens vertical. Dans la rue, elle avait été obligée, quelques jours auparavant, de s'asseoir pour ne pas tomber, et elle se rappelle qu'elle a tourné sur elle-même à ce moment ; un phlegmon de la caisse se propagea aux cellules mastoïdiennes et fut ouvert; à partir de ce moment les accidents vertigineux cessèrent ainsi que les douleurs.

Je donne en ce moment des soins avec mon confrère et ami M. le docteur Worms à un jeune garçon de 12 ans d'un tempérament très-lymphatique, qui est atteint depuis plusieurs années d'une otite chronique de la caisse avec perte du tympan et du marteau. La muqueuse de la caisse est fongueuse et épaissie, l'écoulement muco-purulent est abondant et fétide. Depuis quelques semaines l'enfant a été pris à plusieurs reprises et sans cause appréciable de vomissements. Depuis cette époque il voit constamment les objets tourner autour de lui. Ce mouvement giratoire est très-lent et le vertige est assez faible pour ne pas troubler l'équilibre. Il augmente quand l'enfant s'agite un peu, la surdité de ce côté est considérable ; l'enfant n'entend la sonnerie de ma montre que lorsqu'elle est appliquée sur l'apophyse mastoïde. La sensibilité de l'oreille interne est donc conservée, et je ne puis expliquer les accidents nerveux que par une compression sur la fenêtre ovale.

C'est encore à l'enfoncement de la base de l'étrier qu'on attribue les accidents observés dans l'otite scléreuse, et dans l'oblitération de la trompe d'Eustache qui entraîne l'affaissement de la membrane du tympan. M. Bonnenfant en rapporte trois observations dues à Swanzy.

On ne saurait confondre ces cas avec des maladies de Ménière ; l'examen de l'oreille suffit en effet pour déterminer la nature et le siége de la maladie.

M. Bertrand, qui considère le vertige comme le symptôme principal de la maladie de Ménière, et suffisant pour la caractériser, en rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles la lésion primitive existait en dehors du tympan. La plus curieuse est celle qui a été recueillie dans le service de M. Tillaux, et qui fut l'objet d'une clinique du chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Il s'agissait d'un homme d'une santé assez bonne, mais très-nerveux et très-sujet au vertige. Il entrait à l'hôpital avec tous les symptômes de la maladie de Ménière, et M. Tillaux resta convaincu qu'il était atteint de cette maladie, jusqu'à ce qu'il lui eût enlevé un bouchon épithélial qui comprimait le tympan, après l'ablation duquel tous les accidents disparurent.

C'est aussi à la compression du tympan et de la chaîne des osselets qu'il faut attribuer le vertige et quelquefois les vomissements qu'on observe après de fortes injections dans les conduits auditifs. On a cherché à expliquer ces accidents par une action réflexe due à l'impression que produit l'eau froide, mais je ne me sers jamais que d'eau chaude, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer ces accidents. On les provoque également lorsque, chez les personnes sujettes au vertige, on comprime légèrement le manche du marteau à l'aide d'un cure-oreille en os, ou de tout autre corps mousse.

Je n'ai pas besoin de montrer en quoi tous ces faits diffèrent de la maladie de Ménière.

La marche de la maladie fournira également des indications précieuses. Nous avons vu, en effet, que tantôt le début en était brusque et soudain, tantôt au contraire il se produisait d'une manière plus insidieuse, mais qu'alors on observait des crises qui semblaient chaque fois aggraver l'état du malade. M. Charcot a observé que dans quelques cas les accès se renouvelaient avec une fréquence telle qu'ils devenaient, pour ainsi dire, continus ou subintrants. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des faits analogues. En général, quand le début est brusque et soudain, les phénomènes morbides ont de suite une grande violence, puis ils s'atténuent peu à peu, et enfin le calme se produit, mais la

surdité persiste à un degré variable. Lorsque au contraire la marche de la maladie a été lente et progressive la surdité demeure complète et absolue; chez le malade de M. Charcot, les accidents persistent à peu près au même degré depuis six ans.

Pour remédier à la gravité des accidents que l'on observe dans la maladie de Ménière, on a eu recours aux médications les plus variées, et il semble qu'on ait voulu essayer tous les moyens que l'imagination pouvait suggérer. Je me demande quel bienfait on pouvait attendre des injections et des fumigations à l'acide acétique et à l'éther, et de l'emploi à l'intérieur du sulfate de quinine. La lecture des observations laisse l'esprit dans un profond découragement, et on se demande comment des médecins comme Knapp et M. Charcot ont pu émettre l'espérance qu'on trouverait peut-être le moyen de pénétrer dans la cavité labyrinthique pour donner issue à la périlymphe et l'empêcher de déterminer une surdité complète(1). Je pense pour ma part que la maladie de Ménière est tantôt occasionnée par une hémorrhagie, tantôt par une inflammation, tantôt par des épanchements tels que ceux que l'on observe sous l'influence de la syphilis. Lorsque la maladie aura eu la forme apoplectique, les émissions sanguines locales, employées avec des dérivatifs sur le tube digestif, pourront rendre de véritables services, quoi qu'en dise M. Bertrand (2), qui veut qu'ils soient radicalement proscrits.

Si l'on suppose une maladie inflammatoire du labyrinthe, les antiphlogistiques seront indiqués. Le mercure, l'iode et l'iodure de potassium devront être essayés, s'il y a eu autrefois des accidents syphilitiques, ou si l'on juge que la période active de la maladie étant épuisée, il y a lieu de faire appel aux résolutifs. Si je n'ai pas obtenu la guérison de la surdité, j'ai eu du moins plusieurs fois la satisfaction d'améliorer beaucoup l'état des malades qui venaient réclamer mes soins, et je m'inscris contre la 6e conclusion de la thèse de M. Voury: *la surdité est incurable.*

(1) Thèse de M. Voury, pages 33 et 34.
(2) Thèse de M. Bertrand, page 38.

Je veux terminer cette analyse rapide en donnant en quelques mots l'observation d'un malade dont j'ai eu le bonheur de voir s'améliorer l'état.

Le 21 mars dernier M. X... venait d'Alençon pour réclamer mes soins. Depuis longtemps il était sourd de l'oreille droite, mais cette infirmité ne l'avait pas empêché d'exercer jusqu'au moment de sa retraite des fonctions administratives. Dans les premiers jours de mars il avait été pris subitement de bourdonnements musicaux les plus pénibles, de vertiges et de vomissements. Après quelques jours passés au lit durant lesquels une médication dérivative avait été instituée, les vertiges avaient beaucoup diminué, et les envies de vomir avaient cessé, mais la surdité était complète. Au moment de mon examen, il y avait toujours une grande incertitude dans la marche, même dans l'appartement. M. X... n'aurait pas osé faire quelques pas sans sa canne. Il se plaignait de bourdonnements musicaux des plus pénibles. La surdité était absolue, il ne percevait aucun son, même avec le secours d'un cornet acoustique. L'examen de l'oreille me donna la preuve que le mal ne siégeait pas dans l'oreille moyenne. Le tympan un peu louche, comme chez les vieillards, était néanmoins sain.

Je prescrivis une série de mouches de Milan derrière les oreilles, et l'usage à l'intérieur de l'iodure de potassium. Ce traitement devait être interrompu et repris pendant plusieurs mois. Au mois de juillet, M. X... revint à Paris, la démarche était un peu plus assurée, le vertige avait à peu près cessé, les bourdonnements étaient tolérables, la sonnerie de ma montre était perçue au contact de l'oreille. Au mois d'octobre il revint réclamer mes soins ; son état était encore amélioré ; je lui fis prendre à l'intérieur de la teinture d'aconit et fis faire sur l'apophyse mastoïde des frictions avec une pommade au sulfate de strychnine. Au bout de quelques jours M. X... entendait suffisamment pour qu'il fût possible de causer, en lui parlant dans l'oreille d'une voix lente et élevée. Je n'ai pas revu depuis le malade, mais il m'a écrit que son état continuait à s'améliorer lentement.

## RHINOSCOPIE,

Par M. le docteur **Krishaber**.

(Leçon faite à sa clinique.)

Les premières publications, si complètes d'ailleurs et si précises, de Czermak sur la rhinoscopie, établissent la nécessité de relever le voile du palais au moyen d'instruments spéciaux pour agrandir et rendre visible la cavité pharyngo-nasale. Cette circonstance, secondaire en apparence, a retardé la vulgarisation du rhinoscope, Czermak n'ayant pas mentionné la possibilité d'appliquer la rhinoscopie sans cet attirail opératoire; sa méthode ne se répandit pas aisément, de véritables difficultés d'exécution se présentant en face de malades non exercés. Türck de Vienne, l'émule de Czermak, exprima même formellement des doutes sur la possibilité de tirer parti de la rhinoscopie, et l'impression générale était dans ce sens. Plus tard cependant on revint sur ces défiances; Czermak reconnut que l'examen rhinoscopique pouvait être fait sans des attouchements difficilement tolérés, et de divers côtés des expérimentateurs se rallièrent à cette manière de voir. Les écrits de Semeleder et de Voltolini, qui furent les premiers, s'exprimaient formellement dans ce sens que l'examen rhinoscopique pouvait être exécuté sans offrir de difficultés plus grandes que la laryngoscopie. Türck revint à son tour sur ses premières impressions et publia même un excellent travail dans ce sens. La méthode se répandit peu à peu. Il fut admis qu'il suffisait, dans la généralité des cas au moins, de renoncer à la pratique de saisir la luette, pour rendre la rhinoscopie accessible à quiconque est familiarisé avec le laryncoscope. On put se convaincre de toutes parts que la cavité pharyngo-nasale pouvait être rendue visible, sinon sur tous les individus indistinctement, au moins sur le plus grand nombre. Mais l'idée de difficultés insurmontables avait fait son chemin et s'était déjà tellement répandue qu'il devint difficile de la combattre efficacement. La méthode rhinoscopique jouit de peu de crédit dans le monde médical,

et même à l'heure actuelle, malgré des travaux relativement nombreux publiés dans ces dernières années, on attribue de bien de côtés à la rhinoscopie des difficultés qu'elle ne présente réellement pas. La vérité est que l'inspection de la cavité pharyngo-nasale se pratique souvent très-aisément, et que des instruments peuvent être introduits dans cette région dans un but curatif. Il est toutefois indiscutable, que les malades présentent des différences individuelles plus grandes pour l'examen rhinoscopique que pour l'examen laryngoscopique.

C'est à Jean Czermak (mort en 1873), professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Pesth (Hongrie) que la science est redevable de ce moyen de recherche. L'inventeur du laryngoscope a compris dès le début de ses publications sur l'usage de cet instrument (mars 1868) la possibilité d'appliquer le miroir d'inspection à l'examen de la cavité pharyngo-nasale, et c'est lui qui a donné à cette méthode le nom qu'elle porte.

On trouve, dans presque tous les travaux sur la rhinoscopie, cette assertion que Bozzini (der Lichtleiter, etc. Weimar, 1807) et Welde (Otoscopie. Dublin, 1855) ont, les premiers, mentionné la possibilité d'examiner la cavité pharyngo-nasale. Mais, en vérité, ces auteurs ne décrivent rien de semblable. Bozzini traite d'un instrument appelé à éclairer indistinctement toutes les cavités du corps humain, et, dans l'énumération générale qu'il en fait, il mentionne les cavités du larynx et de la région située derrière le voile du palais. Mais cet auteur ne prétend pas avoir, par le fait, inspecté ces cavités, et ne dit pas que son instrument ait donné des résultats quelconques dans cette direction. Aussi la phrase incidente de Bozzini resta-t-elle stérile, et elle fut oubliée jusqu'à l'époque des publications de Czermak.

Quant à Welde, il n'est fait mention par cet auteur que de l'histoire d'un individu sur lequel, par suite de la cicatrisation d'ulcérations syphilitiques, le voile du palais devint adhérent aux parois du pharynx et produisit l'occlusion de la portion supérieure de cette cavité. La luette avait été complétement exulcérée. Welde, dans le but de rechercher s'il

existait encore quelque vestige de communication entre la portion inférieure et la portion supérieure du pharynx, introduit un petit miroir au niveau de la cicatrice. Il ne vit rien ; l'occlusion était complète. Par cette raison même, le cas dont il s'agit était certainement celui dans lequel l'inspection de la région pharyngo-nasale devait être le plus complétement impossible.

Voilà cependant l'historique qu'on a attribué à la rhinoscopie. Je cite ces faits pour bien montrer que ces tentatives infructueuses n'ont rien de commun avec les descriptions si nettes et si précises de Czermak qui indique minutieusement, et son procédé opératoire, et les résultats exacts obtenus par lui. L'éminent physiologiste, qui a fait ses premières expériences sur lui-même, décrit l'image rhinoscopique complète, telle qu'elle se montre sur des sujets bien exercés et qui présentent des dispositions particulièrement favorables à l'examen. Il n'y a eu rien à ajouter et rien à ôter à cette description. C'est donc à Czermak seul que la science est redevable de ce nouveau moyen d'investigation médicale.

L'utilité de l'exploration de la cavité pharyngo-nasale est amplement démontrée. Qu'il s'agisse de l'inspection des trompes d'Eustache dans la surdité, de la recherche des causes de l'ozène, de la détermination exacte du siége de certaines végétations, dans tous ces cas, le rhinoscope sera d'un secours précieux pour le diagnostic d'abord, et ensuite non moins utile pour le traitement. En faisant même abstraction des faits relativement peu fréquents, n'est-il pas certain aussi que dans le coryza chronique et dans la pharyngite simple, affections communes entre toutes, le rhinoscope peut rendre service lorsque l'inflammation s'étend derrière le voile du palais? Ces faits se présentent très-souvent, et, à défaut d'examen rhinoscopique, on resterait quelquefois confondu devant les plaintes incessantes des malades qui, à l'inspection simple du pharynx ou des narines, ne présentent absolument rien d'anormal. Je vous recommande de faire l'examen rhinoscopique chaque fois, *sans aucune exception*, lorsqu'il s'agit d'affection du pharynx ou de larynx;

vous serez assez souvent éclairé sur la cause du mal que vous auriez infailliblement méconnu sans ce complément d'investigation.

Avant d'entrer dans la description du manuel opératoire, je ne saurais assez appuyer sur la nécessité d'être bien familiarisé avec la laryngoscopie pour être préparé à la rhinoscopie. Je supposerai donc le laryngoscope et son usage connus de vous, pour éviter de fastidieuses descriptions d'instruments.

### PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Nous allons tracer les indications les plus précises possibles pour l'examen; vous trouverez peut-être les détails trop étendus; mais, croyez-le bien, dans la pratique, c'est de la connaissance des moindres détails et de leur stricte observation que dépend presque toujours le succès de l'examen rhinoscopique.

La cavité du pharynx, éclairée par le laryngoscope ou par les rayons directs ou réfléchis de tout autre foyer de lumière intense, le miroir d'inspection, préalablement chauffé, est porté derrière la luette, sa face réfléchissante tournée en haut et un peu en avant. Si on a alors soin d'observer les quelques préceptes que je vais vous indiquer dans un instant, on obtiendra l'image de la région pharyngo-nasale. Le miroir rhinoscopique devant être petit, une vue d'ensemble est rarement obtenue, mais on voit les organes par région plus restreintes, ou même isolément, suivant la direction que l'on donne au miroir, et suivant la tolérance plus ou moins grande du patient. Nous verrons aussi que les dispositions anatomiques sont très-différentes suivant les sujets, et permettent l'inspection dans des étendues variables. Ce ne sont pas les grands miroirs qui permettent d'embrasser le plus d'espace : très-recommandables pour la laryngoscopie, les grands miroirs ne doivent pas être employés pour l'inspection de la cavité pharyngo-nasale. Sauf des cas exceptionnels, — brièveté extrême du voile du palais, par exem-

ple — on choisira des miroirs de la grandeur environ d'une pièce de 50 centimes, et souvent plus petits.

Contrairement aussi à ce que nous conseillons pour la laryngoscopie, ce sont les miroirs métalliques que nous recommandons pour la rhinoscopie ; n'étant pas encadrés, ils présentent, à étendue égale, une surface réfléchissante plus grande, et ils peuvent être plus minces, ce qui n'est pas sans utilité ici, l'espace entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx étant parfois bien étroit. Il est essentiel que la petitesse du miroir soit compensée par un éclat tout particulier de sa surface réfléchissante; aussi aura-t-on soin de ne le nettoyer qu'avec une peau fine, le linge tendant à rayer le métal. Il est aisé de se convaincre qu'un miroir neuf et très-éclatant éclaire bien plus vivement qu'un miroir, ne fût-il même pas rayé, mais qui a déjà servi quelque temps. On a recommandé des miroirs très-épais pour qu'ils gardent longtemps la chaleur. Ce n'est exact que pour les miroirs en verre qui, en leur qualité de mauvais conducteurs de la chaleur, nécessitent moins fréquemment d'être chauffés que les miroirs métalliques. Ceux-ci, qu'ils soient épais ou minces, se mettent rapidement à la température de l'haleine et doivent être réchauffés assez souvent. Nous n'y voyons guère d'inconvénient; le malade, dans les intervalles, se repose et se prête mieux à l'examen à chaque reprise.

Il est peut-être utile de dire qu'un miroir métallique trempé dans de l'eau chaude prend bientôt une surface irisée très-nuisible à son éclat; il est aussi très-exposé à l'oxydation. On le chauffe de préférence au-dessus de la cheminée de la lampe, et pour le conserver on le gardera dans du saindoux ou de la glycérine.

On a essayé d'obtenir l'agrandissement des images rhinoscopiques — vous savez que pour l'inspection du larynx des tentatives analogues ont été faites — par des miroirs concaves. Mais les dimensions de la région pharyngo-nasale étant sensiblement différentes suivant les individus, il faudrait chaque fois essayer un grand nombre de miroirs avant de trouver pour chaque cas spécial la distance focale conve-

nable, sans compter que l'utilité même d'un agrandissement des images n'est nullement prouvée. Tel n'était pas l'avis cependant de Türck, qui, au lieu de miroirs concaves, se servait de miroirs plans, dont il agrandissait l'image au moyen d'une loupe, à distance focale fort longue (25 pouces).

Nous revenons à la description du procédé ordinaire.

Le miroir est posé, avons-nous dit, derrière la luette; sa face réfléchissante est tournée en haut et en avant, son bord postérieur touche directement le pharynx ( Voltolini déconseille cet attouchement), et sa tige forme une ligne dont la direction, de l'extrémité à laquelle est fixée le miroir, à l'extrémité vissée dans le manche, est de dedans en dehors et de bas en haut. (Cette direction est pour l'inspection du larynx de dedans en dehors et de *haut en bas.*) On déplace le miroir de droite à gauche ou de gauche à droite en ayant soin de ne pas le glisser sur la base de la langue qui est très-sensible et qu'il faut irriter le moins possible. Si on veut obtenir une vue d'ensemble, le miroir est placé au-dessous de la luette, c'est-à-dire au milieu de l'isthme du gosier. On est plus sûr de réussir, en plaçant le miroir sous la voûte du pilier postérieur d'un côté d'abord et ensuite de l'autre. On obtient ainsi des images partielles successives dont l'addition constitue une image totale d'une étendue suffisante.

Le miroir d'inspection aura par rapport à la tige qui le supporte une position qui se rapprochera plus ou moins de l'angle droit. Il sera bon d'agrandir cet angle lorsqu'il s'agira d'investigations de la paroi *supérieure* de la cavité pharyngo-nasale. Pour la détermination exacte de cet angle d'ouverture du miroir par rapport à sa tige d'une part, et de l'autre par rapport à la paroi postérieure du pharynx envisagé comme plan vertical, les auteurs donnent des indications très-différentes. Nous ferons remarquer que parmi les nombreuses causes qui peuvent avoir là de l'influence, il suffirait de mentionner une seule, la position de la tête du patient, pour faire comprendre l'impossibilité d'une détermination rigoureuse. Suivant qu'on voudra examiner la face postérieure du voile du palais, l'ouverture des trompes d'Eustache, les orifices des fosses nasales et leur cornets,

ou la paroi supérieure de la cavité pharyngo-nasale, la tête du malade aura à subir des inclinaisons sensiblement différentes, et dans chacune d'elles les angles d'ouverture du miroir seront à changer.

Voltolini conseille de faire incliner la tête en avant, M. Moura renverse la tête du malade en arrière, et Semeleder qui discute ces deux opinions opposées adopte la position qui est entre les deux, ce qui, si nous comprenons bien, revient à dire qu'il faut tenir la tête dans la position naturelle. Ces avis différents parmi des opérateurs également exercés ne prouvent-ils pas que la position du patient dépendra de diverses circonstances, et non-seulement du point exact qu'on veut inspecter, mais aussi de l'angle d'ouverture du miroir d'inspection, de la direction de la lumière qui éclaire le miroir, et même des conditions tout à fait secondaires telles que la hauteur relative des siéges de l'observateur et de l'observé, etc.? Les règles générales sont d'une incontestable utilité, et nous essayons de les donner le plus exactement possible ; mais il faut aussi laisser le champ libre à l'initiative personnelle. Le mieux est de chercher jusqu'à ce que l'on trouve ; les tâtonnements eux-mêmes ont peut-être leur utilité en habituant le malade aux attouchements ; et en fût-il autrement, il faudra bien, avec toutes les indications du monde, que le commençant subisse l'école des essais.

C'est dans le même ordre d'idées que nous évitons de déterminer exactement l'angle d'ouverture du miroir d'inspection par rapport au plancher de la bouche supposé horizontal. On peut aisément se convaincre que dans cette circonstance les prétentions à l'exactitude géométrique ne sont pas de mise, quoiqu'elles se trouvent dans presque tous les auteurs qui ont traité ce sujet. Mais il est arrivé en cela ce qui se présente assez fréquemment dans la littérature médicale : un premier auteur s'avise d'une formule pédantesque, et les auteurs suivants la copient ensuite religieusement. Il faut avoir devant soi des miroirs inclinés différemment sur leur tige, et les choisir suivant le besoin du moment en donnant à la tête du patient la position nécessaire pour que l'éclairage s'obtienne bien et dans la direction la plus exacte possible pour

recueillir l'image; l'essentiel dans toutes ces manœuvres, nous ne saurions l'exprimer d'une façon assez énergique, c'est de bien se pénétrer des dispositions anatomiques de la région qu'on veut inspecter, de la situation et des proportions des organes dont on cherche l'image. Il ne faut jamais oublier aussi qu'en raison de la déclivité du miroir cette image représente les organes en raccourci.

(*A suivre.*)

---

## POLYPE FIBRO-MUQUEUX DE LA RÉGION NASO-PHARYNGIENNE.

Service de M. le docteur **Léon Labbé**, chirurgien de la Pitié.

Polype très-volumineux chez une jeune fille, simulant un véritable polype naso-pharyngien.— Incision du voile du palais et excision de la tumeur à l'aide du galvano-cautère.

Les tumeurs naso-pharyngiennes sont de nature bien différente. Les unes, en effet, constituent les polypes naso-pharyngiens proprement dits, tumeurs purement fibreuses et paraissant se développer presque exclusivement chez les jeunes garçons. Doit-on accepter comme appartenant à la classe des polypes naso-pharyngiens les productions analogues que l'on rencontre sur des malades plus âgés ou de sexe différent? Les faits connus jusqu'à ce jour ne permettent pas de se prononcer définitivement; cependant, en les commentant avec soin, on arrive à conclure que l'existence des véritables polypes naso-pharyngiens n'est démontrée ni chez l'adulte, ni chez le vieillard, ni chez la femme.

Il n'est pas douteux que, dans quelques-uns des cas publiés, il s'agissait de véritables tumeurs sarcomateuses. Mais quelle était la véritable nature des tissus constituants de quelques autres tumeurs développées dans des conditions analogues? Les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont pas

été suivies avec assez de persistance pour qu'on puisse apprécier tous les faits particuliers en parfaite connaissance de cause.

Doit-on également compter au nombre de polypes naso-pharyngiens ces tumeurs plus ou moins volumineuses qui présentent une masse arrondie atteignant quelquefois les dimensions d'une noix et remplissant la partie supérieure du pharynx au point de repousser en avant le voile du palais, de gêner ses fonctions et d'amener une certaine difficulté de la déglutition ? Alors que ces productions morbides envoient un prolongement dans les fosses nasales, il arrive fréquemment que ce prolongement nasal est méconnu de telle sorte que la tumeur paraît presque exclusivement pharyngienne. Ces tumeurs se rapprochent du véritable polype fibreux par leur volume et la consistance assez dure que l'on peut constater sur la partie de la masse qui proémine dans le pharynx. Elles s'en différencient en ce que la marche de l'affection est tout à fait différente et qu'elles n'entraînent pas à leur suite les graves conséquences, résultat inévitable des hémorrhagies qui accompagnent les véritables polypes fibreux naso-pharyngiens. De plus, ces tumeurs, qui répondent à ce que les anciens auteurs appelaient des polypes mixtes, ne paraissent pas amener de déformation des plans osseux qui limitent les cavités naturelles dans lesquelles ils se développent.

Doit-on en faire une classe à part? Nous ne le croyons pas; car si ce ne sont pas des polypes franchement muqueux, ils sont encore moins de véritables polypes fibreux. Faut-il se rendre compte de leur consistance en se rattachant à l'opinion de M. Panas, qui explique leur dureté particulière parce qu'ils tirent leur origine du pourtour postérieur des fosses nasales, où l'anatomie fait connaître l'existence à l'état normal d'une couche assez épaisse de tissu fibreux ? Ou bien faut-il, avec M. Trélat, attribuer cette consistance plus grande à ce que les tissus qui forment leurs couches superficielles sont infiltrés d'éléments cellulaires très-nombreux? Cette opinion est aussi trop exclusive.

Si l'on veut s'en rapporter à un examen attentif de plu-

sieurs de ces tumeurs, on voit que ces deux conditions entrent pour une part à peu près égale comme origine de leurs caractères anatomo-pathologiques. On trouve, en effet, dans leur partie centrale, quelques faisceaux fibreux, et les couches plus superficielles paraissent formées par la muqueuse très-épaissie et enflammée; c'est ce qui indique, du moins, le nombre très-considérable d'éléments embryonnaires que l'on y rencontre. Mais il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à ce dernier fait, qui n'est que secondaire, car il est constant dans les couches superficielles de toutes les tumeurs polypeuses soumises à des irritations incessamment répétées.

Nous donnons le fait suivant comme exemple de tumeur de cette nature. Lorsque la malade entra à l'hôpital, l'aspect de la production morbide, sa consistance, la déformation qu'elle avait déterminée du côté du voile du palais, les épistaxis qui l'avaient accompagnée dans les derniers temps, nous firent penser que nous avions probablement sous les yeux un cas de véritable polype naso-pharyngien. L'examen ultérieur démontra qu'en réalité, dans ce fait, il ne s'agissait pas encore de la maladie si remarquable et si grave étudiée avec tant de soin dans ces vingt dernières années.

L'application du galvano-cautère a amené, chez notre malade, un résultat des plus favorables; la section a eu lieu sans produire d'écoulement de sang. Le seul reproche que l'on puisse, dans ce cas, adresser à la méthode, est d'avoir donné naissance à une angine inflammatoire de voisinage, qui a, du reste, disparu rapidement.

La nommée Baroche Victoire, âgée de 15 ans, est entrée le 6 septembre 1872, salle Saint-Jean; service de M. Labbé.

Cette jeune fille n'est pas encore réglée, elle a un frère et trois sœurs; aucun n'est atteint de la maladie qui l'amène dans la salle. Pas d'antécédents de famille.

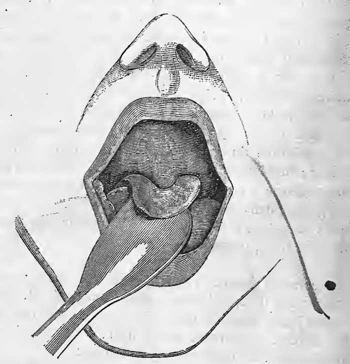
Sa maladie a débuté il y a 18 mois; elle s'est aperçue à cette époque, d'un écoulement séreux abondant par la narine droite. Cet écoulement était continu avec des exacerbations momentanées.

Depuis la même époque sa voix est nasonnée, elle éprouve une certaine difficulté à souffler par cette narine qui lui paraît oblitérée lorsqu'elle veut se moucher. Quelques mois plus tard la sensation de gêne s'est étendue à l'arrière-gorge ; depuis 5 mois, par le toucher nasal elle a pu sentir une tumeur qui présentait une certaine mobilité.

En dernier lieu, il y a un mois environ, sont survenus des épistaxis, et depuis l'apparition de ce dernier symptôme le prolongement pharyngien a pris un développement très-rapide, au point de devenir très-gênant.

*État actuel.* — Fille de petite taille, pâle et anémique, dont le développement n'est pas encore complet.

La face n'est pas déformée, pas de déviation ni des os, ni des cartilages du nez. La cavité du sinus maxillaire ne paraît pas envahie.



Par l'orifice antérieur de la narine droite on aperçoit dans la profondeur un prolongement assez volumineux ; la cloison médiane paraît un peu déjetée à gauche. Le prolongement

nasal est actuellement trop élevé pour qu'on puisse le sentir par le toucher; mais au dire de la malade, lorsqu'il fait humide, cette partie de la tumeur descend davantage et est plus facilement accessible. Écoulement de sérosité roussâtre par la narine; l'air passe très-difficilement, et même lorsqu'on fait souffler la malade avec force, son passage est accompagné de gros râles muqueux.

Le voile du palais est très-tendu et repoussé en avant, un peu plus à droite qu'à gauche. Par le toucher on sent une tumeur qui remplit complétement l'arrière-cavité des fosses nasales, descend dans la portion buccale du pharynx et, dépassant le niveau de la luette, arrive presque à toucher la portion verticale de la face dorsale de la langue.

La partie de la tumeur accessible à la vue, présente une teinte violacée; elle est bosselée et descend un peu plus à droite; les dimensions de l'isthme du gosier sont très-diminuées. Par le toucher on s'assure que la tumeur est mobile, on peut la contourner à droite et à gauche; elle est également libre en arrière et ne présente aucune adhérence avec la face postérieure du pharynx. Son point d'implantation, qu'on ne détermine que par exclusion, doit se trouver en avant vers la partie postérieure des cavités nasales. La consistance de cette tumeur au toucher est assez molle; la respiration est gênée et accompagnée d'un ronflement très-inquiétant, la déglutition est également très-gênée, l'audition n'est pas troublée.

14 septembre. — M. Labbé procède à l'opération. Avec le couteau galvano-caustique il fait une incision sur la ligne médiane du voile du palais, depuis son insertion jusqu'à la luette. Aussitôt que le voile du palais est incisé, le polype fait irruption dans la cavité buccale; il est facilement attiré en avant.

On peut s'assurer que son pédicule s'insère en avant et dans le voisinage de l'orifice postérieur des cavités nasales. Une anse galvanocaustique est facilement passée sur ce pédicule et la section en est rapidement opérée sans perte de sang.

La tumeur enlevée est de la grosseur d'un œuf de poule, irrégulière, ovalaire, bosselée. La consistance de l'extrémité

inférieure est assez dure; elle est plus molle dans le voisinage du pédicule.



15-16 septembre. — La malade va bien, un peu de gonflement du voile du palais.

17-20 septembre. — Même état; un peu d'angine développée sous l'influence de la brûlure produite par le galvano-cautère; pas de fièvre.

21 septembre. — Fièvre, l'angine augmente d'intensité; douleur s'étendant dans les deux oreilles et annonçant de la salpingite; adénite sous-maxillaire à gauche.

22 septembre. — Même état. L'oreille externe ne présente rien de particulier.

23 septembre. — La douleur dans l'oreille gauche est bien moindre, un peu d'écoulement séro-purulent par le conduit auditif gauche. Le pédicule apparaît assez tuméfié et bourgeonnant dans l'angle de section du voile du palais.

24-25 septembre. — Même état fébrile, douleur vive dans l'oreille droite.

26 septembre. — Ecoulement séro-purulent par l'oreille droite, la douleur y est moindre.

28 septembre. — Amélioration notable; la malade reste un peu sourde à droite, où l'écoulement séro-purulent persiste, quoique ayant beaucoup diminué.

5 octobre. — M. Labbé détruit le pédicule par plusieurs applications du bouton galvano-caustique. Il s'aperçoit qu'un prolongement existe dans la narine droite, il repousse ce prolongement avec le doigt introduit dans la narine et le retire avec des pinces conduites dans le pharynx.

6 au 15 octobre. — Peu de réaction. A plusieurs reprises, on est obligé de bien nettoyer la cavité nasale droite dans la partie postérieure de laquelle se reproduisaient rapidement les polypes mous et d'apparence myxomateuse.

Dans le mois de décembre on ne retrouve plus de trace de cette repullulation; le pédicule a été complétement détruit. La malade quitte le service dans le mois de février 1873, et au moment de son départ une exploration complète de l'arrière-cavité des fosses nasales et des cavités nasales ne fait rien reconnaître de suspect. Toute trace de surdité a disparu.

Au commencement de l'année 1874, le père de la malade fait savoir à M. Labbé que sa fille est toujours dans l'état le plus satisfaisant. Il n'y a pas eu de reproduction de la tumeur. La jeune fille désire revenir à Paris pour subir l'opération de la staphylorrhaphie.

*Examen microscopique pratiqué par le docteur Coyne.* — A l'état frais la tumeur est recouverte par un épithélium cylindrique à *cils vibratiles*. Ces cellules sont très-allongées.

Après durcissement dans l'alcool on fait des coupes en différents points et on constate les particularités suivantes :

Le bord libre présente quelques dépressions qui s'enfoncent très-peu vers le centre de la tumeur. Ces dépressions sont très-espacées et en certains points c'est à peine si on en trouve 3 ou 4 sur une coupe de un centimètre 1/2 de longueur.

Cette surface est recouverte jusque dans le fond des dépressions par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Cet épithélium forme une couche double : 1° La superficielle, qui porte sur sa face libre les cils et qui est formée de cellules très-allongées ; 2° la profonde, appliquée sur le derme muqueux et qui est formée de cellules ovalaires.

La couche superficielle de la muqueuse est infiltrée de noyaux accumulés par place, surtout dans le voisinage des petits vaisseaux capillaires très-nombreux à la superficie et qui y forment de très-belles arborisations ; plus profondément on trouve un tissu fondamental formé de fibres élastiques assez fines, s'entrecroisant dans tous les sens, et mêlées à un tissu réticulé semé de noyaux arrondis et fortement colorés par le carmin.

Dans les points du centre où ces éléments arrondis sont nombreux les fibres élastiques sont très-rares. Mais la substance protoplasmique qui entoure ces noyaux est granuleuse, lisse à la coupe et a pris une teinte légèrement rosée par le carmin, et semble avoir subi en quelques points l'altération muqueuse.

Tout le centre de la tumeur est parcouru par quelques faisceaux conjonctifs qui arrivent jusqu'au sommet de la partie proéminente de la tumeur et par des artérioles très-nombreuses qui donnent naissance à un très-grand nombre de capillaires. Les veines sont également nombreuses, volumineuses et très-dilatées; on ne trouve en aucun point de la surface de la tumeur trace d'organe glandulaire.

D'après tous ces caractères, cette tumeur doit être classée dans cette variété de *polypes muqueux* contenant du tissu fibreux dans leur partie centrale et dont la couche superficielle est très-enflammée, ce qu'indique l'accumulation d'éléments cellulaires au-dessous de l'épithélium de revêtement.

---

## DES LARYNGOPATHIES PENDANT LES PREMIÈRES PHASES DE LA SYPHILIS.

Par le docteur **Krishaber**, et le docteur **Mauriac**, médecin de l'hôpital du Midi.

Avant la découverte du laryngoscope, l'étude des lésions syphilitiques du larynx était condamnée à rester dans le vague et l'incertitude. L'anatomie pathologique n'avait fourni de notions précises que sur les altérations profondes qui désorganisent, déforment et détruisent les parties molles et le squelette de l'appareil vocal à une époque avancée du processus de la maladie constitutionnelle.

Quant aux lésions superficielles et résolutives de la muqueuse laryngée, survenues peu de temps après le chancre infectant, c'est-à-dire pendant la première période de la syphilis, on en était réduit sur leur compte à des hypothèses.

Il est vrai que l'analogie donnait à ces hypothèses un certain caractère de probabilité.

N'était-il pas, en effet, naturel et logique de conclure à l'identité de toutes les lésions de la surface cutanée et des muqueuses, accessibles ou non à la vue, lorsqu'on les voyait procéder de la même cause générale, subir les mêmes impressions morbides, évoluer simultanément sur les tissus voisins et de même nature, ressentir les mêmes influences thérapeutiques, etc., etc.

On supposait donc que la muqueuse laryngée reproduisait, sur une petite échelle et avec le mode réactionnel qui lui est propre, la plupart des éruptions simples et bénignes qui constituent, dans la très-grande majorité de ces cas, les premiers accidents consécutifs de la syphilis. Sur la foi de ce raisonnement, on décrivait les hypérémies, les érythèmes, les papules, les plaques muqueuses des cordes vocales, des ventricules, les éminences aryténoïdes, de l'épiglotte, etc., avec autant de confiance que si on avait pu les étudier *de visu*, comme celle de la cavité buccale et de l'isthme du gosier.

Après la découverte du laryngoscope, Türck et Czermak, puis M. le Dr Dance, et MM. Gerhardt et Roth, reprirent l'étude des laryngopathies syphilitiques. Ce nouveau moyen d'exploration ne fit que confirmer, en la précisant, l'idée qu'on s'en était faite jusqu'alors.

Mais bientôt d'autres observateurs, s'appuyant eux aussi sur l'observation directe, à l'aide du laryngoscope, attaquèrent la conception pathologique des maladies syphilitiques du larynx, fondée sur la solidarité des lésions de la peau et des lésions des muqueuses, quand elles émanent de la même source constitutionnelle.

Cette nouvelle manière de voir a été exposée et soutenue par M. le docteur Ferras, dans sa thèse inaugurale parue en 1872.

Le désaccord qui semble exister aujourd'hui entre ces observateurs nous a déterminés à faire des recherches personnelles. Nous nous sommes occupés principalement des lésions qui appartiennent à la première période de la syphilis. Elles feront seules l'objet de ce mémoire.

Quoique les laryngopathies syphilitiques ne soient pas

communes, surtout si on les compare aux affections de même nature qui surviennent si facilement et avec tant de fréquence sur les lèvres, sur la muqueuse buccale et sur l'isthme du gosier, nous avons pu cependant en observer un grand nombre dans le service de l'un de nous à l'hôpital du Midi, pendant l'hiver de 1872-1873.

Voici celles de ces observations qui appartiennent à la première phase de la syphilis, recueillies sans aucun parti pris théorique, et avec le seul désir d'être exactement et rigoureusement dans la vérité.

## PREMIÈRE PARTIE.

### EXPOSITION DES FAITS.

### SECTION I. — *Laryngopathies avec plaques muqueuses.*

Nous allons commencer par les faits relatifs aux plaques muqueuses des cordes vocales.

La plaque muqueuse, cette lésion si spécifique, si propre à la syphilis, qui se développe sur tous les points de la surface cutanée, qui a une prédilection si marquée pour les muqueuses voisines de la peau, ferait-elle défaut dans le larynx? La muqueuse laryngée posséderait-elle une sorte d'immunité contre une pareille lésion? Non, quoi qu'en disent M. Ferras et les observateurs distingués dont il invoque l'autorité.

Et, en effet, dans 14 cas de laryngopathies syphilitiques *secondaires*, nous avons trouvé dix fois des plaques muqueuses sur la muqueuse laryngée.

#### OBSERVATION 1.

Laryngopathie, avec dysphonie progressive, survenue à la fin du deuxième mois d'une syphilis légère. Constatation, au cinquième mois de la laryngopathie, des lésions suivantes : hypertrophie des cordes vocales inférieures avec plaques opalines; plaque muqueuse ulcérée sur la corde vocale droite, puis sur la gauche.

R......., 19 ans, garçon de restaurant, entré le 31 décembre 1872, salle 8, nº 3 (Service de M. Mauriac à l'hôpital

du Midi). Bonne santé antérieure. Blennorrhagie en 1869.

Après cinq à six semaines de continence, coït au mois d'août 1872, avec une coureuse : 3 jours après, écoulement blennorrhagique, et, au bout de 15 ou 20 jours, apparition dans le repli balano-préputial, d'un chancre infectant.

Ce malade, qui venait à la consultation de l'hôpital du Midi, fut traité vers la fin d'octobre par des pilules de protoiodure : il avait à ce moment des plaques muqueuses dans la bouche, et un enrouement qui avait débuté dans les premiers jours d'octobre et qui était accompagné d'une sécheresse telle dans le pharynx que la déglutition et l'émission des sons causaient une gêne fort douloureuse. Cet enrouement, survenu sans cause appréciable, augmenta peu à peu au point de rendre son service de garçon de restaurant très-difficile. Bientôt les notes aiguës se perdirent, et la voix fut presque éteinte.

Ainsi le malade ne pouvait plus chanter dès le commencement de sa laryngopathie. Plus tard, il lui fut impossible de continuer son service parce qu'il n'avait pas assez de voix ou qu'elle était trop éraillée pour lui permettre de lancer convenablement, et sur le mode voulu, les demandes de plats.

Vers le milieu de décembre, il présentait l'état suivant : cicatrices du chancre sur le sillon balano-préputial. Pas d'éruptions sur le corps (il n'en avait jamais eu, disait-il; probablement elles avaient passé inaperçues). Pas de plaques muqueuses dans la bouche ou ailleurs. Aucune douleur, ni pendant la déglutition et l'émission des sons, ni à la pression du côté du larynx. La sécheresse de la gorge qui gênait tant le malade a disparu. Amélioration notable de l'enrouement.

Sorti le 9 janvier 1873. Le larynx avait été cautérisé une seule fois.

Le 13 janvier 1873 (6e mois de la syphilis, 5e de la laryngopathie), émission des notes hautes encore très-difficile et parfois impossible. Notes basses très-bonnes. Notable amélioration. Aucune douleur laryngienne, aucune manifestation syphilitique. Aucun traitement local ou général depuis sa sortie.

Le 19 janvier, l'examen laryngoscopique fit voir : hypertrophie circonscrite des deux cordes vocales inférieures, beaucoup plus prononcée sur la corde vocale gauche. Ulcération sur la corde vocale droite, très-superficielle, ayant la forme d'une plaque muqueuse.

Dans l'émission d'un cri très-aigu, rapprochement complet des cordes vocales sur toute leur étendue, à l'exception d'un petit pertuis qui correspond exactement au point où la perte de substance, consécutive à l'ulcération, produit une dépression. (On touche le larynx avec la solution de nitrate d'argent au 30e.)

22 janvier 1873 (7e mois de la syphilis, 5e de la laryngopathie). — Se trouve mieux depuis le 19 janvier. Voix toujours enrouée et toujours diminuée d'étendue. La cautérisation a causé pendant deux jours un peu de douleur et une sensation de gêne et de gonflement au niveau du larynx. Parmi les accidents syphilitiques éprouvés par le malade, il faut signaler l'alopécie, qui a pris chez lui des proportions considérables. Il l'a eue à deux reprises : la première fois, vers le mois d'août 1872, elle a été légère ; la seconde en décembre de la même année, elle a été très-prononcée. Perte complète des sourcils, des poils des jambes, du duvet de la figure, perte des cheveux. (On recommence le traitement : 0,06e de protoiodure.)

Le 24 janvier. — L'examen laryngoscopique fait de nouveau constater très-nettement une tuméfaction des deux cordes vocales dont le bord libre est recouvert de traînées opalines. Sur la corde vocale droite, il existe une petite échancrure produite par l'ulcération d'une plaque muqueuse ; elle est située à une très-faible distance de la commissure antérieure de la glotte ; elle est entourée d'épithélium opaque, gris-nacré. On touche légèrement les cordes vocales avec un crayon de nitrate d'argent (au moyen du porte-caustique laryngé). L'enrouement est à peu près dans le même état.

2 février (7e mois de la syphilis, 6e de la laryngopathie). — L'enrouement est toujours le même. Il n'existe d'autres manifestations syphilitiques que celles du larynx ; elles con-

sistent en trois petites pertes de substance, deux sur la corde vocale inférieure droite, une sur la gauche, qui proviennent de plaques muqueuses érodées.

Cette laryngopathie, d'une très-longue durée, comme toutes les laryngopathies syphilitiques, a débuté en même temps que les premiers accidents consécutifs, c'est-à-dire deux mois après l'apparition du chancre. Elle a donc été précoce. Peut-être faut-il attribuer cette circonstance à la profession du malade. En général cependant on ne trouve dans l'étiologie de ces affections que des causes occasionnelles insignifiantes, banales, et dont il est difficile de préciser l'influence, surtout quand leur action reste limitée au larynx seul, et ne modifie en rien les allures ordinaires de l'affection.

Quoi qu'il en soit, la dysphonie s'est établie définitivement et s'est même élevée jusqu'à l'aphonie presque complète après une série d'oscillations qui allaient de l'enrouement léger à l'éraillement et à la raucité de la voix.

Les troubles fonctionnels varient peu, ils sont sensiblement les mêmes dans tous les cas, et quelle que soit la forme de la lésion; aussi courrait-on grand risque de se tromper si on voulait diagnostiquer cette lésion d'après ses effets sur les fonctions du larynx.

L'examen laryngoscopique n'ayant été pratiqué qu'au 5e mois de la laryngopathie, nous n'avons pas pu constater les caractères de la plaque muqueuse pendant sa période d'évolution ou d'hyperplasie formative. Elle était alors en voie d'involution ou de régression ulcéreuse. On voyait en outre autour d'elle, et sur les deux cordes vocales, un épaississement hypertrophique produit par l'œdème dur ou plastique qui se voit si fréquemment dans le tissu cellulaire sous l'influence de la syphilis.

Dans l'observation suivante, les plaques muqueuses également situées sur les cordes vocales étaient accusées avec plus de netteté, parce qu'elles n'en étaient encore qu'à la période d'érosion très-superficielle.

Observation II.

Vers le 4e mois d'une syphilis légère, laryngopathie provoquée par des excès alcooliques, etc., présentant, comme lésion, après trois semaines de durée, sur les cordes vocales inférieures, de l'épaississement, des rougeurs partielles et deux plaques muqueuses érodées.

V... (Eugène), 29 ans, chaudronnier, entré le 21 janvier 1873, à l'hôpital du Midi, service de M. Mauriac, salle 6, nº 23, s'est toujours bien porté et n'a jamais souffert de la gorge, ni du larynx.

Après 2 ou 3 mois de continence, le malade vit une femme en septembre 1872. — Quinze jours après, apparition sur le repli balano-préputial d'un chancre rapidement guéri, et accompagné d'une adénopathie inguinale spécifique.

Les seuls accidents consécutifs qu'on ait observés jusqu'ici chez ce malade sont des plaques muqueuses dans la bouche et sur l'isthme du gosier.

Vers les premiers jours de janvier, à la suite d'excès alcooliques et de refroidissement, diminution dans l'étendue de la voix, qui devient peu à peu enrouée comme elle l'est maintenant (25 janvier, 4e mois du chancre). On constate aujourd'hui, chez ce malade, de la gêne de la déglutition, un enrouement prononcé, l'impossibilité d'émettre des notes élevées, des plaques muqueuses sur les lèvres, l'isthme, les amygdales. — Rien à la peau. L'état général est satisfaisant et n'a pas été altéré par la syphilis.

Examen laryngoscopique le 26 janvier (2e semaine de la laryngopathie) : épiglotte normale, ainsi que les cordes vocales supérieures, corde vocale inférieure droite rouge, épaissie, mais non ulcérée; celle du côté opposé est légèrement injectée par places isolées; sa densité semble normale et son aspect sain, à l'exception d'un petit point située xactement à sa partie moyenne, où l'on voit une érosion très-superficielle, blanchâtre, d'une forme ovale allongée, à bords légèrement foncés, et présentant en un mot tous les caractères de la plaque muqueuse.

Examen laryngoscopique le 30 janvier 1873. Rougeur

intense, irrégulière, avec un cordon sur les bords libres des cordes vocales inférieures, en avant. — Plaque muqueuse sur la corde vocale gauche, précédemment décrite. Sur la corde vocale droite, au même niveau, on en distingue nettement une autre qui est symétrique de celle du côté opposé.

Ce malade a été expulsé, pour cause d'insubordination, dans les premiers jours de février.

Ici, la cause occasionnelle de la laryngopathie est mieux établie que dans la plupart de nos observations. Ce sont le froid et les excès alcooliques qui paraissent avoir porté la syphilis à se déterminer sur le larynx, vers le 4e mois de sa durée. Parmi toutes les influences étiologiques qui ont été notées, ces deux-là sont les plus fréquentes et les moins douteuses.

Au moment où nous avons examiné ce malade, sa laryngopathie était en pleine activité. La petite érosion ovalaire de la corde vocale gauche était d'origine récente, et nous avons pu assister à la naissance de la plaque située sur la corde vocale droite, puisqu'elle s'est produite dans l'intervalle des deux examens laryngoscopiques, qui n'a été que de quatre jours. Ces deux lésions sont si caractéristiques, qu'il nous semble impossible de ne pas les regarder comme plaques muqueuses. D'ailleurs à quelle autre forme anatomique pourrait-on les rapporter?

Mais si l'ulcération et même l'érosion, si superficielle qu'elles soient, étaient invoquées comme un argument contre notre diagnostic, on n'en pourrait pas contester l'exactitude dans les deux cas suivants.

### Observation III.

Laryngopathie indolente et à marche irrégulière, survenue deux mois et demi après l'accident primitif en même temps que d'autres manifestations syphilitiques de moyenne intensité, et présentant au bout de 15 jours une plaque muqueuse caractéristique sur la corde vocale inférieure gauche. Au bout de 45 jours trois plaques muqueuses non ulcérées, une sur la corde vocale gauche, deux plus petites sur la droite.

P... (Louis), âgé de 24 ans, journalier, entré le 18 décembre 1872, salle 7, n° 3, à l'hôpital du Midi, sorti le

18 janvier 1873, se porte habituellement bien et n'a jamais eu aucune maladie commune, générale ou locale. En 1868, il contracta un chancre simple qui ne fut pas suivi d'accidents constitutionnels.

Vers le 18 septembre 1872, apparition d'un chancre infectant dont l'incubation est incertaine. Guérison au bout d'un mois.

Deux mois après, douleur en avalant, produite par une angine violente de 15 jours de durée environ. A cette époque, c'est-à-dire deux mois et demi environ après l'apparition du chancre et dans les 5 ou 6 premiers jours de novembre 1872, enrouement survenu sans cause occasionnelle et non accompagné de toux ni de douleur laryngienne. Cet enrouement variait beaucoup d'intensité, quelquefois du matin au soir; parfois même la voix s'éteignait complétement. Le malade n'a commencé à suivre un traitement interne (liqueur de Van Swiéten) que dans les premiers jours de décembre. Parmi les accidents consécutifs, il faut signaler aussi une roséole érythémateuse, des croûtes dans les cheveux, des plaques anales, etc., des adénopathies inguinales et cervicales.

Lors de son entrée à l'hôpital, la voix était presque éteinte. Il a été touché deux fois avec la solution iodée. La voix s'est améliorée peu à peu, et, quand il est sorti, elle était encore enrouée, mais non plus déchirée, ni stridente.

Voici le résultat de l'examen laryngoscopique fait le 22 décembre 1872 (3e mois du chancre, 15e jour de la laryngopathie) : Sur la corde vocale inférieure gauche, au point de réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, il existe une plaque muqueuse très-nette et très-caractéristique, d'environ 5 millimètres de diamètre, déprimée à son centre, de forme ovalaire, située sur le bord libre et suivant la direction antéro-postérieure. Au point correspondant sur la corde vocale droite, l'épithélium est épaissi, opalin, et un travail semblable commence à s'y faire.

La santé générale du malade avait toujours été très-bonne et peu influencée par la syphilis. Du reste, les manifestations avaient été bénignes : les plus sérieuses consistaient en plaques syphilitiques, symétriques, survenues sur la par-

tie antérieure de chaque jambe, qui s'ulcérèrent, suppurèrent un peu et guérirent en trois semaines, de la fin de décembre au milieu de janvier.

Quant à la laryngopathie, elle a toujours été indolente, sans fièvre, sans douleur locale, sans dyspnée, sans catarrhe laryngo-trachéal. De temps en temps, il survenait des picotements et une sensation désagréable de sécheresse dans la gorge.

Le 19 janvier (4ᵉ mois du chancre, 45ᵉ jour de la laryngopathie), on constata à l'aide du laryngoscope : 1° sur la corde vocale gauche la même plaque muqueuse dont la description a été donnée ; 2° sur la corde vocale droite, et vers son milieu, deux plaques muqueuses semblables à la précédente, mais plus petites. Ces trois plaques étaient déprimées à leur centre, mais non ulcérées, entourées d'une zone grise d'épithélium épaissi. L'enrouement était un peu moindre que dans les premiers jours de janvier. Guérison de tous les autres accidents syphilitiques. Santé générale très-bonne.

Ici les plaques muqueuses étaient moins âgées que dans les observations précédentes, puisque la première, celle de la corde vocale gauche, a été observée le 15ᵉ jour de la laryngopathie. Les deux autres, occupant la corde droite, sont survenues dans l'intervalle des deux examens, c'est-à-dire du 15ᵉ au 45ᵉ jour de l'affection.

C'est sans doute à cette circonstance qu'on doit attribuer l'absence d'érosion à leur surface. Peut-être aussi que les cautérisations et le traitement général n'ont pas été étrangers à ce résultat. Toujours est-il que la lésion s'est présentée sous sa forme la plus typique, celle d'une petite saillie ovalaire, déprimée à son centre, à bords légèrement relevés, et avec une auréole d'épithélium épaissi et opalin.

Dans l'observation suivante, la plaque muqueuse ressemble exactement à celle dont on vient de lire la description. Elle est blanchâtre et la corde vocale sur laquelle elle est placée, présente de petits îlots, d'un blanc mat qu'on pourrait rattacher à la variété opaline de la plaque syphilitique.

## Observation IV.

Laryngopathie progressive et indolente survenue sans cause occasionnelle appréciable, au 10e mois d'une syphilis légère.
Plaques muqueuses de l'isthme du gosier.
Sur le bord libre de la corde vocale inférieure gauche, plaque muqueuse caractéristique, saillante et non érodée, semblable à celles de l'isthme.
Petits îlots d'un blanc mat disséminés sur les deux cordes vocales.

S... (Jean), 22 ans, entré le 8 février 1873, dans le service de M. Mauriac, salle 6, n° 7, se portait bien et n'avait jamais eu de laryngites, lorsqu'en mars 1872, il contracta un chancre infectant, situé sur la muqueuse préputiale, qui fut guéri au bout de deux mois.

Ce chancre, accompagné d'une adénopathie bi-inguinale, fut suivi d'accidents légers, parmi lesquels le malade signale une roséole érythémateuse. Traitement interne spécifique depuis le début de la maladie.

Au commencement de janvier 1873 (10e mois de la syphilis), le malade s'aperçut que sa voix s'altérait petit à petit, devenait comme étouffée et perdait de son étendue.

Cette laryngopathie indolente était survenue sans fièvre, sans toux, sans suffocation et sans être provoquée par aucune des causes occasionnelles ordinaires de la laryngite.

Le 14 février (11e mois de la syphilis, 1er de la laryngopathie), après avoir augmenté progressivement, elle présentait l'état suivant : pas de douleurs spontanées ou provoquées. L'action de parler est pénible et nécessite quelques efforts. Les sons élevés sont impossibles à émettre, les sons moyens sont voilés et enroués.

Plaques muqueuses sur les amygdales. (2 cuillerées de sirop de biodure ioduré.) D'autres plaques muqueuses situées sur la face antérieure du voile du palais, près du bord libre et de la base de la luette sont remarquables par leur saillie au-dessus des parties voisines et par leur aspect corné ; elles ont la largeur d'une pièce de deux centimes. Il y en a d'autres moins saillantes sur les amygdales.

Examen laryngoscopique le 23 février (5e semaine de la laryngopathie) : Les deux cordes vocales inférieures sont parsemées, dans le sens antéro-postérieur, de vaisseaux dilatés, très-rouges. Cette injection vasculaire est surtout très-prononcée le long des bords adhérents.

Au niveau de l'attache antérieure de la corde vocale gauche, sur son bord libre, on voit distinctement une plaque muqueuse, un peu saillante, blanchâtre et en tout semblable aux plaques muqueuses qui recouvrent les amygdales. Sur la même corde vocale, à la partie moyenne et un peu en arrière, on voit deux petits ilots d'un blanc mat, dont l'un semble superficiellement érodé.

Sur la corde vocale droite, il y a également de petites plaques blanchâtres, comme celles du côté opposé. On les croirait recouvertes de membranes de nouvelle formation.

Le malade a été perdu de vue. (*A suivre.*)

---

## OBSERVATION D'OTITE PARASITAIRE.

par M. le docteur **D. M. Lévi.**

J'ai vainement cherché dans la littérature médicale française une observation d'otite parasitaire; le petit nombre de faits relatifs à cette intéressante maladie qui ont été publiés jusqu'à ce jour, se trouvent consignés dans les journaux étrangers.

En 1844, Mayer, le premier, signala la présence d'un microphyte dans l'oreille de l'homme (*Müllers Arch.*, p. 401). La seconde observation est due à Pacini (Florence, 1851).

En 1865, Schwartze (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, t. II, f. 1, p. 5), décrit avec beaucoup de soins des champignons qu'il a observés dans le conduit auditif externe d'un de ses malades; mais c'est à Wreden que revient l'honneur d'avoir étudié à fond cette importante question, tant au point de vue botanique qu'au point de vue médical. La première livraison du troisième volume des *Archives für Ohrenheilkunde* renferme six cas d'otite parasitaire observés par le savant directeur de l'établissement otiatrique de Saint-Pétersbourg; de

nouveaux cas ont été publiés depuis, soit par Wreden lui-même (*Congrès médical international de Paris*, 1867, p. 696 et suiv. *Archiv. für Augen und Ohrenheilkunde*, III, 2), soit par d'autres auteurs, notamment par Bezold (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1873, n° 7).

L'observation que je vais relater, quoique moins complète que celles de Wreden, m'a paru assez intéressante pour être publiée.

M. Henry, soldat au 26e d'artillerie, m'est adressé le 8 août 1873, par M. le docteur Cintrat, pour une surdité très-prononcée et une otorrhée de l'oreille gauche. Cet homme a 21 ans, il est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade avant son entrée au service.

Volontaire dans l'armée de l'Est pendant l'hiver de 1870, il éprouva à la fin de décembre, pendant une nuit de bivouac, des douleurs extrêmement vives dans l'oreille gauche et tout le côté correspondant de la tête; en même temps que les douleurs, apparurent des bourdonnements violents, et bientôt le malade s'aperçut qu'il était complétement sourd à gauche. — Vingt-quatre heures après l'invasion des premières douleurs, écoulement séro-purulent.

Les douleurs cessèrent peu à peu, quoiqu'il ne demandât ni ne reçût aucuns soins, mais l'écoulement, la surdité et les bourdonnements persistèrent.

Au bout d'un mois, il fut pris d'accidents analogues, mais moins violents, à l'oreille droite.

Depuis cette époque, il n'a pas suivi de traitement régulier. Quelques injections d'eau émolliente ont été faites de temps à autre, ses oreilles n'ont pas été examinées.

*Etat actuel.* — Le malade a la physionomie d'un sourd, son regard est fixe et interrogateur; à un mètre de distance seulement il perçoit la voix très-élevée; la montre n'est entendue qu'à la pression des deux côtés; le diapason à un centimètre de chaque oreille. La montre appliquée au sommet n'est pas entendue, mais aux apophyses mastoïdes et zygomatiques, à la fosse pariétale, elle est parfaitement et également bien perçue.

Le diapason placé sur le sommet est mieux perçu à gauche qu'à droite.

L'oreille droite, examinée à la lumière naturelle, présente l'aspect suivant :

Conduit auditif blanc comme macéré, un peu de cérumen à la paroi postérieure, tout près de la membrane du tympan. La membrane est d'un gris sombre, brillante, fortement déprimée en avant. Le manche du marteau, très-net, a une direction presque horizontale ; la courte apophyse est très-saillante ; le triangle lumineux est assez large, régulier, mais sa direction est changée ; l'angle obtus qu'il forme avec le manche du marteau, au lieu d'être dirigé en avant et en bas, est dirigé en arrière et en haut.

*Oreille gauche.* — Le conduit auditif est rétréci d'avant en arrière, il est rouge et tuméfié dans sa portion osseuse, il renferme du pus fétide et de l'épiderme macéré. La membrane du tympan est profonde, blanchâtre, couverte de pus et d'épiderme macéré ; en avant et en bas existe une perforation arrondie qui a environ deux millimètres de diamètre ; on ne découvre ni le manche du marteau, ni sa courte apophyse, ni le triangle lumineux. Le pharynx est rouge, les amygdales assez volumineuses ; les trompes sont perméables, mais rétrécies. Une insufflation d'air à travers la trompe gauche fait sortir, par la perforation, du pus mêlé à des bulles d'air ; une injection d'eau tiède faite dans le conduit auditif passe par la trompe d'Eustache jusque dans la narine gauche du malade. Les symptômes subjectifs sont peu marqués ; quelques élancements douloureux de temps à autre dans l'oreille droite et des bourdonnements intermittents dans les deux oreilles, c'est tout ce qu'accuse le malade.

*Traitement.* — Dilatation des trompes par des bougies en corde à boyau ; plusieurs injections de nitrate d'argent en solution concentrée dans l'oreille gauche (1 gr. sur 10 d'eau distillée). Insufflations fréquentes d'air au moyen du cathéter et de la poire en caoutchouc à travers les deux trompes ; gargarismes astringents. Au bout de cinq semaines d'un traitement régulier et consciencieusement suivi par le malade, l'écoulement de l'oreille gauche avait complétement disparu.

L'ouïe s'était notablement améliorée; la montre était entendue des deux côtés à 0,15; la conversation ordinaire à 6 mètres.

Le malade considère son état comme satisfaisant et ne reparaît plus à la visite.

Ce n'est que le 5 février 1874 qu'il revient se plaindre de douleurs et de bourdonnements dans les deux oreilles; il entend encore la montre à 6 centimètres de chaque côté, et la voix moyenne à 4 mètres.

Dans l'oreille droite les douleurs ont été précédées de démangeaisons insupportables et accompagnées de forts battements; bientôt est apparu un suintement d'un liquide jaunâtre peu abondant. Ce suintement est intermittent et il est chaque fois précédé de battements au fond de l'oreille.

L'examen du conduit auditif à droite révèle la présence d'un peu de cérumen à la paroi postéro-supérieure de la portion cartilagineuse. La paroi inférieure est couverte d'une matière blanchâtre, grumeleuse, qui ne ressemble ni à du pus, ni à de l'épiderme macéré. La paroi antéro-supérieure de la membrane du tympan apparaît seule à l'œil de l'observateur; tout le reste est voilé par une membrane blanchâtre que l'on replie facilement avec un stylet; elle est très-adhérente à la paroi inférieure. La membrane du tympan se voit alors dans toute son étendue, sauf au segment antéro-inférieur, elle est d'un blanc trouble; le manche du marteau est à peine visible, la courte apophyse est assez nette, pas de triangle lumineux. En insufflant de l'air à travers la trompe d'Eustache, on perçoit un souffle lointain, la trompe est de nouveau un peu rétrécie, pas de bruit de perforation; une bougie en boyau d'un millimètre joue assez difficilement.

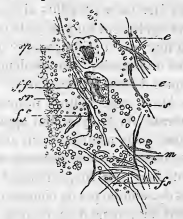
A gauche, le conduit auditif est toujours plus étroit qu'à droite dans sa portion osseuse surtout, mais il n'offre rien de particulier à noter : la membrane du tympan est couverte d'un peu de pus, qui est enlevé avec une boulette de coton. On découvre alors facilement le manche du marteau, la courte apophyse et un point lumineux à la place du triangle. En faisant faire au malade l'expérience de Valsalva, la membrane est violemment poussée en dehors, et l'on distingue nettement, au point où existait la perforation, un tissu cica-

triciel; sa couleur est plus foncée et ses mouvements plus accentués que sur les autres parties de la membrane.

L'état grumeleux de la matière qui était amassée dans le conduit auditif droit, le voile membraneux qui, placé de champ au fond du conduit, cachait presque complétement à la vue la membrane du tympan, la nature de cette fausse membrane qui était luisante comme lardacée, et qui ne ressemblait nullement aux exfoliations épidermiques qu'on a l'habitude d'observer, l'absence d'écoulement franchement purulent et enfin les démangeaisons et les battements dont se plaignait le malade m'ont fait diagnostiquer une otite parasitaire; l'examen microscopique ne tarda pas à confirmer ce diagnostic.

La fausse membrane et la matière extraite du conduit auditif furent conservées dans de la glycérine et examinées le lendemain avec un grossissement de 300. — La préparation fut très-exactement dessinée par le docteur Ch. Fritz.

On y voit plusieurs parties essentiellement distinctes :



1° Le mycelium *m*, un lacis de filaments diversement ramifiés, souvent en étoiles; dans l'intervalle des ramifications, on voit des petits corpuscules sphériques *s* (sporules). Ces filaments *fs* (filaments stériles d'après Wreden), sont transparents et incolores; ils renferment à leurs extrémités de petites granulations fines; leur contour est simple, leur contenu limpide et homogène, leur largeur est de 0,0015 à 0,003.

2° Des filaments plus gros, flexueux *ff*, interrompus de

distance en distance par des sporules; leur largeur est de 0,004 à 0,006.

Sur les côtés de ces filaments, on voit des corpuscules sphériques assez volumineux qui paraissent s'y attacher (spores) *sp*. Leur contour est double; on y remarque par-ci par-là des cloisons cellulaires transversales. Je n'ai pas trouvé, à l'extrémité de ces filaments, que Wreden appelle filaments fertiles, les renflements sphériques (capitules ou sporanges) signalés par cet auteur.

3° Des sporules isolées de différentes grandeurs, amoncelées en groupes irréguliers ou disposées en forme de chaîne.

4° Des cellules épithéliales *é* couvertes et comme incrustées de sporules et de petits filaments.

5° Une masse de corpuscules sphériques ovoïdes, remplis de granulations sporanges??

Les sporules examinées à la lumière réfléchie présentent une teinte noirâtre assez claire. Le champignon que nous avons décrit paraît être un aspergillus nigricans.

Nous examinons également un peu de la matière que nous avions trouvée au fond de l'oreille gauche: nous n'y découvrons aucune trace de parasite, mais seulement des globules purulents et quelques débris épidermiques.

*Traitement*. — Après avoir nettoyé proprement le conduit auditif et la membrane du tympan, qui apparaît maintenant rouge foncé, surtout à son pôle supérieur et dans la direction du manche, nous faisons pendant quatre jours une injection de nitrate d'argent (1 gr. sur 10), en ayant soin de ne pas neutraliser l'excès de solution par du chlorure de sodium, mais de l'enlever au bout d'un quart d'heure avec une petite boulette de coton. Cette opération ne causa pas de douleurs au malade; le lendemain de chaque injection on put faire sortir du conduit auditif un peu de pus et des débris épidermiques noircis en assez grande quantité. A partir du cinquième jour, injections avec eau phéniquée (1 gr. sur 200) et instillations d'une solution de pierre divine (1 gr. sur 100). Au bout de trois semaines, le conduit auditif et la membrane du tympan avaient repris leur aspect normal. Quelques débris épidermiques éparpillés sur les parois du conduit furent examinés

au microscope et on n'y trouva plus trace de parasite. Le malade n'avait plus ni douleurs, ni démangeaisons; son ouïe s'était améliorée notablement sous l'influence des douches d'air; il déclara pouvoir reprendre son service, et cessa tout traitement.

Je ne saurais faire que des hypothèses plus ou moins acceptables sur l'époque de l'invasion, sur l'origine de ce microphyte et sur les causes qui l'ont déterminé à élire domicile dans l'oreille droite plutôt que dans l'oreille gauche. J'appellerai seulement l'attention sur les points suivants :

1° Déjà, au mois d'août 1873, alors que la membrane du tympan du côté droit ne présentait aucune trace d'inflammation, le conduit auditif est noté blanc, comme macéré, en l'absence de toute espèce d'écoulement. Cet aspect du conduit auditif ne peut-il pas être attribué au commencement de l'affection parasitaire ?

2° Le malade avait l'habitude de coucher, quand il était de garde, dans les écuries, sur du foin moisi.

3° Il n'avait jamais instillé dans son oreille aucune huile simple ou médicamenteuse qui ait pu favoriser le développement du champignon.

---

## ANALYSES.

---

### Hypertrophie polypeuse de l'oreille moyenne.

par WENDT. (*Archiv f. Heilkunde*, t. XIV.)

L'auteur décrit sous le nom d'hypertrophie polypeuse de la muqueuse de l'oreille moyenne, de petites excroissances qui se produisent souvent dans les inflammations avec exsudation, et dont la structure est celle de polypes d'une très-petite dimension.

Ces productions sont le plus souvent filiformes villeuses ou digitiformes, rarement elles présentent l'aspect de replis, quelquefois, ce sont des petites tumeurs sphériques où ovoïdes qui tiennent à la muqueuse par un pédicule plus ou moins long, ou par une base assez large ; d'autres fois, ce sont de petites tumeurs lobées.

Le volume de ces productions pathologiques est très-variable, elles sont le résultat d'une prolifération de la couche muqueuse sous épithéliale; la couche périostique ne prend aucune part à leur genèse. Dans les mailles de ce réseau cellulaire se trouvent des globules lymphatiques. L'épithélium tantôt cylindrique, tantôt prismatique change souvent de forme sur des coupes très-rapprochées. Ces petites productions polypeuses ne se trouvent pas seulement sur la muqueuse du promontoire, mais aussi sur celle de la membrane du tympan. La membrane muqueuse de l'oreille moyenne a des tendances à se couvrir de petites excroissances qui par leur accroissement successif arrivent à combler la cavité tympanique, perforent la membrane, envahissent le conduit auditif externe et produisent des adhérences entre les osselets des parois de la caisse et la membrane du tympan; elles peuvent donner lieu à de petits kystes. Ces produits pathologiques peuvent se flétrir et se détacher; la chute spontanée est préparée soit par une dégénérescence graisseuse, soit par une hémorrhagie, accident auquel la richesse vasculaire de ces produits contribue puissamment.

---

## Pneumatocèle du crâne, située à la région mastoïdienne et produite par une déhiscence spontanée des cellules de cette apophyse.

Par M. le professeur Wernher D. (*Archiv f. Chirurgie*, III, 5 et 6, 1873.)

Un jeune homme de vingt ans présente derrière l'oreille droite, à la partie supérieure de l'apophyse mastoïde, une tumeur qui s'est produite il y a quatre ans à la suite d'un violent éternuement. Grosse d'abord comme un œuf de pigeon, elle se développa progressivement jusqu'à acquérir le volume d'un poing. Au début, la tumeur pouvait être réduite assez facilement par une pression modérée ; mais lorsqu'elle eut pris un certain développement, toutes les tentatives de réduction restèrent infructueuses.

Au moment où le malade se présente à la clinique, la tu-

meur occupe tout le côté droit du cuir chevelu : elle part du frontal, couvre toute la région temporale et va jusqu'au milieu de l'occipital. Elle est aplatie, sa base est large, sa surface irrégulière, bosselée; aux points les plus élevés, la peau peut être soulevée de l'os dans une étendue de 1 1/2 à 2 pouces; elle est d'ailleurs normale, on peut la comprimer dans tous les sens sans provoquer la moindre douleur : on éprouve alors la sensation d'un gaz qui se déplace. Quel que soit le degré de compression que l'on exerce, on ne provoque pas de symptômes de compression cérébrale; le malade accuse seulement un courant d'air dans le pharynx.

A travers la tumeur, on constate sur l'apophyse mastoïde une fissure triangulaire dont le sommet est dirigé en bas, et dans laquelle on peut engager toute la longueur d'une phalange. La tumeur donne à la percussion un bruit de tambour; en y appliquant l'oreille pendant qu'on la presse dans différentes directions, on perçoit un bruit de souffle très-net. Pas de crépitation d'emphysème.

Sous l'influence d'une violente expiration (éternuement) ou de l'expérience de Valsalva, la tumeur augmente de volume et de tension.

Une compression prolongée. soit par un bandage, soit par suite du décubitus. provoque quelquefois une difficulté passa gère dans la respiration et un bruissement dans les oreilles.

L'examen de l'oreille ne révèle rien de particulier.

Le conduit auditif ne renferme pas trace de suppuration, la membrane du tympan est intacte, son aspect et sa coloration normaux, sa trompe perméable. L'acuité auditive est un peu diminuée du côté de la tumeur; le malade y entend bien moins qu'à gauche le tictac d'une montre dont le mouvement n'est pas très-bruyant.

L'état général du malade est assez satisfaisant; il n'a d'ailleurs jamais eu de maladie grave.

On applique un bandage compressif en gomme élastique sous forme de capeline d'Hippocrate. Au bout de trois jours, la tumeur a complétement disparu, et l'on sent nettement la fente triangulaire qui siége sur l'apophyse mastoïde et dont la base dirigée en haut mesure un centimètre. La compression

a provoqué quelques éructations, mais pas le moindre accident du côté de la respiration. La compression fut continuée pendant douze jours, mais sans résultat durable ; il restait toujours une certaine quantité d'air qui empêchait le recollement de la peau. — Une ponction faite avec un trocart explorateur donna issue à une certaine quantité d'air, mais ne suffit pas pour obtenir la guérison. On eut recours alors à une injection iodée. L'injection fut faite au moyen d'une seringue de Pravaz, sur une portion de la tumeur, qu'on isola en la comprimant entre les doigts. A la suite de l'injection, bandage compressif ; douleur légère, pas d'inflammation. Au bout de deux jours, on remarqua que la tumeur ne reprenait pas son volume primitif. Deux nouvelles injections sur un autre point, nouvelle diminution de la tumeur. Après la quatrième injection, la tumeur a complétement disparu; la peau est parfaitement appliquée sur la surface inégale de l'os et ne se laisse plus ni soulever, ni plisser. Le malade, entièrement guéri, demande à s'en aller.

Cette intéressante communication est suivie d'un certain nombre d'observations analogues recueillies dans les auteurs. Une fois, la tumeur s'était produite à la suite de l'application du procédé de Politzer.

---

**Sur la perforation artificielle du tympan.**

Thèse soutenue a la Faculté de Paris, le 7 janvier 1875, par M. J. Bodin.

L'auteur étudie les affections dans lesquelles la perforation du tympan est indiquée, telles que les épanchements de la caisse, les obstructions des trompes, les épaississements des tympans et les bourdonnements.

Il examine ensuite les dangers et les inconvénients que cette opération présente et conclut à sa grande innocuité. Il passe en revue les procédés opératoires, soit à l'aide des caustiques, méthode aujourd'hui fort abandonnée, soit à l'aide des instruments piquants ou tranchants. L'analyse des procédés et des instruments est, comme l'historique de la question, fort incomplète, mais cette thèse contient quelques bonnes observations.

Le Gérant : G. MASSON.

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (171, 3-5.)

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

# DE LA TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUE PHARYNGO-LARYNGÉE

(granulie pharyngo-laryngée, phthisie aiguë pharyngo-laryngée)

par le docteur **Isambert**.

A la fin de l'année 1871, lorsque, chargé du remplacement officiel de M. le professeur Bouillaud à l'hôpital de la Charité, il me fut donné d'introduire pour la première fois les études laryngoscopiques dans l'enseignement de la Faculté, je rencontrai, parmi les malades que je recrutais, soit à l'hôpital, soit au Bureau central, pour mes cliniques, une jeune femme présentant une lésion de la gorge fort intéressante, et que je n'avais encore eu aucune occasion d'observer. « Voici, dis-je à ma première inspection, un cas que la grande majorité des médecins n'hésiterait pas à classer parmi les syphilis pharyngo-laryngiennes ; pour moi, je crois qu'il s'agit d'une scrofule. » En effet, occupé à ce moment de mes recherches sur l'*angine scrofuleuse*, je rattachai d'abord ce cas à une scrofule, mais à une forme particulièrement maligne de cette diathèse. Nous ne reproduirons pas cette observation, qui a paru *in extenso* dans le mémoire que nous avons publié à cette époque (*sur l'angine scrofuleuse, Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 2e série, t. VIII, 1871, p. 107 et suivantes, obs. nº IV, —

mémoire reproduit dans l'*Union médicale* de 1872, 1er semestre, et dans le *Practitioner* de Londres, 1871). Nous rappellerons seulement que la lésion spéciale de la gorge était caractérisée par la présence sur le voile du palais, la luette, les piliers et la paroi pharyngienne d'un nombre infini de granulations blanc grisâtre, semblables à des grains de semoule, mais adhérant fortement à la muqueuse, et produisant rapidement des ulcérations douloureuses. Nous signalions l'effet fâcheux produit sur cette malade par le traitement hydrargyrique que nous avions donné pendant quelques jours, à l'instigation d'un de nos collègues, ancien chef de service à l'hôpital Saint-Louis, lequel avait cru reconnaître une lésion syphilitique, tandis que la cessation de ce traitement spécifique et l'usage de médicaments toniques avaient amené une amélioration notable. Nous rapprochions ce fait des scrofulides malignes de la gorge décrites par M. Bazin, en faisant remarquer toutefois que la malade avait succombé en quelques semaines, non par l'occlusion laryngienne, mais par les progrès d'une phthisie pulmonaire à marche aiguë.

Cette observation, que nous avions prise avec soin, et une aquarelle que nous avions conservée, représentant assez exactement la lésion pharyngienne, nous avaient laissé une impression assez vive pour nous permettre de reconnaître à première vue la même maladie chez un malade que nous reçûmes, à quelques mois de là, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade fut présenté par nous à la Société médicale des hôpitaux à deux reprises différentes, le 9 août et le 25 octobre 1872, et nous pûmes porter ce pronostic qu'il succomberait probablement à une phthisie rapide, ce qui eut lieu en effet au bout de quelques semaines. La pièce anatomique présentée à la même Société le 27 décembre de la même année avait été l'objet d'études histologiques de la part de M. Troisier, sous la direction de M. le professeur Vulpian, et grâce à ce précieux concours, nous pûmes annoncer qu'il existait une forme particulière de phthisie laryngée, à marche rapide, analogue à la phthisie galopante du poumon, et caractérisée par le dépôt sur la muqueuse pharyngo-laryngée de granulations grises identiques à celles que l'on trouvait dans le

poumon, c'est-à-dire à la granulation grise de Laënnec, à la granulie de M. Empis, aux tubercules miliaires des histologistes contemporains. Nous indiquions en même temps d'une manière sommaire les caractères de cette forme clinique particulière de la phthisie laryngée, et les points importants par lesquels elle différait de la laryngo-phymie vulgaire, laquelle est très-analogue à la phthisie caverneuse.

Cette manière de voir eut la fortune d'être acceptée d'abord par M. le professeur Vulpian, qui se souvint aussitôt d'avoir rencontré plus d'une fois des lésions semblables du pharynx chez des sujets qui étaient morts de phthisie rapide. M. le professeur Béhier voulut bien aussi en faire mention dans les leçons cliniques qu'il consacra à la phthisie laryngée. M. le docteur Koch, mon assistant au service laryngoscopique du Bureau central, rapporta ces observations et développa ces idées dans sa thèse inaugurale (*De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée*, thèse de Paris, 1873). Enfin, une observation semblable très-intéressante, avec autopsie et examen histologique des granulations fut présentée à la Société des hôpitaux, les 10 et 24 avril 1874, par notre excellent collègue et ami le docteur Bucquoy (*Union médic.*, 1874, 3e série, t. XVII, p. 930), qui mentionne en même temps un autre malade semblable, dont il n'avait pu prendre l'observation complète. Ce dernier malade avait réclamé impérieusement son *exeat*, et le même incident nous arrivait à nous-même à la même époque, pour un nouveau malade que nous avions reçu à l'hôpital Lariboisière. A l'occasion du malade de M. Bucquoy, MM. Hayem et Martineau déclarèrent avoir rencontré des lésions semblables (*ibidem*, p. 931, et même journal, t. XVIII, p. 42). Voilà donc en tout huit ou neuf malades signalés comme atteints de cette forme particulière de phthisie laryngée, sur lesquels quatre observations ont été publiées, dont trois avec autopsie, et deux avec examen histologique des granulations. Il est temps, ce nous semble, de recueillir ces éléments épars en une description systématique, qui pourra fournir un nouveau chapitre aux cours de clinique, et aux traités de pathologie qui s'imprimeront à l'avenir.

Nous renoncerons, pour définir la forme morbide nouvelle que nous allons décrire, aux dénominations que nous avions d'abord adoptées dans nos communications à la Société médicale des hôpitaux, de *granulations grises disséminées de la gorge* ou de *granulie pharyngo-laryngée*, parce que ces mots de *granulations*, et de *granulie* prêtent à une certaine confusion avec une maladie beaucoup plus simple et très-vulgaire, l'*angine granuleuse* ou *glanduleuse*, qui n'est pour nous que l'acné de la gorge. Nous adopterons donc le nom de *tuberculose miliaire aiguë* pharyngo-laryngienne, qui exprime à la fois sa forme clinique et sa nature anatomique, conformément aux données de l'histologie actuelle.

La tuberculose miliaire aiguë de la gorge répond à la tuberculose miliaire du poumon, à l'infiltration tuberculeuse grise transparente de Laënnec, à la granulie pulmonaire de M. Empis. Cette assimilation est, comme nous espérons le montrer, justifiée non-seulement par l'analogie de la lésion anatomique, mais aussi par l'analogie de la marche et de l'évolution des deux maladies, marche rapide, promptement mortelle pour la tuberculose miliaire de la gorge comme pour celle du poumon, marche chronique avec grands délabrements organiques pour la phthisie laryngée vulgaire et la phthisie pulmonaire caverneuse, ou caséeuse.

*Lésions anatomiques et aspect.*—La maladie est caractérisée au début par le dépôt sur la gorge, ou plutôt dans les mailles mêmes de la muqueuse pharyngo-laryngée, d'un semis très-abondant de granulations grises demi-transparentes, analogues pour l'aspect et le volume à des grains de semoule, à des œufs de poisson, ou aux dépôts de fibrine grumeleuse que l'on observe à la surface des intestins dans les cas de péritonite récente, ou, pour ne pas sortir de la gorge, dans les angines pultacées, avec cette différence que ceux-ci sont alors faciles à enlever avec l'abaisse-langue, et laissent apercevoir une muqueuse sous-jacente simplement enflammée, tandis que les granulations que nous décrivons adhèrent fortement à la muqueuse, sont réellement sous-jacentes à l'épithélium, et saignent facilement lorsqu'on les touche. Ces granulations,

généralement confluentes, se groupent ordinairement en plaques plus ou moins nombreuses à contours sinueux, à surface chagrinée, ou bien gaufrée et mamelonnée. Quand le groupe n'est pas très-abondant, et que les granulations sont très-superficielles et peuvent s'énucléer facilement, la surface paraît érodée comme par l'effet d'un coup de râpe, et rappelle à s'y méprendre le début des érosions tuberculeuses de la langue, sur lesquelles l'attention des médecins a été appelée depuis plusieurs années par MM. Trélat, Féréol et plusieurs de nos collègues. Cette disposition était très-frappante chez le malade que nous avons observé l'été dernier à Lariboisière, et siégeait sur le bord libre et le pilier antérieur du voile du palais, et nous la retrouvons signalée par M. Martineau (*Union médicale*, 1874, t. XVIII, p. 42), qui la décrit comme une exulcération régulière, ovale, en *coup d'ongle*. Quand la matière tuberculeuse miliaire est plus abondante, alors les plaques sont mamelonnées, saillantes, de couleur grisâtre et présentent une grande analogie d'aspect avec les plaques muqueuses de la syphilis pharyngienne, puisque plusieurs de nos confrères, et notamment un de nos collègues formé à l'école de l'hôpital Saint-Louis, ont pu s'y tromper. Les plaques de tubercules miliaires diffèrent toutefois des plaques syphilitiques que nous observons ordinairement au voile du palais par l'absence de l'auréole inflammatoire à teinte carminée, et de la nuance opaline, d'un gris bleuâtre très-délicat, qu'offrent les parties blanches de la plaque syphilitique. Les plaques tuberculeuses sont d'un gris sale, plus blafard que les plaques muqueuses; leur face couverte d'éminences mamelonnées, un peu jaunâtres, plus saillantes, plus granulées surtout que les simples gaufrures des plaques muqueuses, et semblant indiquer une prolifération énergique. Le liseré inflammatoire qui les entoure est fort étroit, d'un rouge terne, et se fondant bientôt avec la couleur rose jaunâtre des parties de la muqueuse qui sont restées saines.

Cet aspect de la lésion s'observe surtout sur la face antérieure du voile du palais et sur les piliers antérieurs; c'est là que se produisent surtout les groupes dont l'apparence rap-

pelle celle des plaques muqueuses. Au bord même du voile et des piliers s'observent souvent les érosions superficielles mentionnées ci-dessus, érosions qui peuvent entamer plus ou moins leur contour. Sur la luette, les granulations produisent des bosselures multiples qui donnent à cet appendice l'aspect de ces boules ou de ces massues recouvertes de clous à tête saillante que l'on emploie dans certains jeux. Lorsque le volume des granulations augmente, et qu'au lieu d'être celui d'un grain de semoule ou d'un grain de millet (observ. Bucquoy), il devient celui d'un grain de chènevis, la luette prend l'apparence d'une stalactite bizarre, pendant isolément de la voûte d'une grotte où suinterait une eau chargée de carbonate calcaire; la base des piliers du voile du palais, et spécialement le pilier postérieur, subissent aussi par le même fait des déformations singulières et ressemblent aussi aux stalactites calcaires qui couvrent les murailles de la grotte à laquelle nous faisons allusion. Les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, n'échappent pas à cette lésion envahissante; mais c'est surtout sur ces surfaces étendues que celle-ci présente la forme d'une couche grisâtre, mamelonnée, rappelant par son aspect demi-transparent les dépôts plastiques de la péritonite récente. La muqueuse environnante ne présente pas de rougeur inflammatoire ni de gonflement (observ. Bucquoy). On observe quelquefois sur la paroi pharyngienne postérieure un ou plusieurs nodules acuminés, plus volumineux, présentant l'aspect de petits furoncles à maturité, sauf la zone inflammatoire qui est presque nulle à la base. Ces nodules, peu nombreux (cinq ou six seulement) relativement au nombre infini des granulations grises, sont durs au toucher; leur volume varie depuis celui d'un très-petit pois jusqu'à celui d'un grain de maïs (observ. IV de notre mémoire de 1871): lorsqu'on les incise, ils ne laissent presque rien échapper; ils sont probablement constitués par du tubercule à l'état caséeux (1).

(1) M. Bazin a décrit une lésion analogue, comme scrofulide éruptive des muqueuses, caractérisée surtout par des granulations, des pustules et des vésico-pustules, durès à la base, ressemblant à de petits furoncles, et arrivant plus lentement à maturité. (*Leçons sur la scrofule*, p. 272.)

L'épiglotte et le larynx lui-même ne semblent envahis par cette lésion qu'à une période plus avancée. Chez notre second malade (hôpital Saint-Antoine), et chez notre troisième malade (hôpital Lariboisière), le larynx était à peine touché au début. La même intégrité du larynx est constatée au laryngoscope dans la première observation de M. Bucquoy, et dans la seconde observation du même auteur on ne note aucun symptôme laryngien, bien qu'il ne soit pas fait mention de l'examen laryngoscopique. Plus tard le larynx se prend ; il présente de la rougeur, du boursouflement (obs. Martineau), et enfin un semis blanchâtre sur l'épiglotte, les éminences aryténoïdes, l'infundibulum laryngien. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a constaté des ulcérations sur les cordes vocales elles-mêmes. (Nos deux premières observations, et Ire observation Bucquoy).

A mesure que la maladie fait des progrès, les granulations grises augmentent de nombre et de volume, sans dépasser celui d'un grain de chènevis (sauf pour les nodules caséeux indiqués ci-dessus). En même temps, elles perdent leur transparence, deviennent de plus en plus saignantes et douloureuses, et s'entourent de produits pultacés et purulents. Il est assez facile de déterger ces derniers produits, soit avec un simple pinceau, soit par des attouchements avec la solution de chlorate de potasse, mais les granulations elles-mêmes résistent absolument à ce topique qui vient si bien à bout des angines pultacées. Le travail d'ulcération, en se continuant, semble énucléer un certain nombre de granulations qui laissent après elles une alvéole vide, ou une perte de substance plus ou moins profonde. Toutefois, la mort survient ordinairement avant que de grands délabrements aient pu se produire.

*Symptômes et marche.* — Les symptômes de cette maladie sont surtout des symptômes de douleurs localisées : un sentiment de cuisson dans la gorge, de la difficulté pour avaler, sont les premières sensations qui portent les malades à faire examiner leur gorge (nos trois observations, et les deux observations de M. Bucquoy ; *Union méd.*, avril 1874, p. 932 et 934). La dysphagie va toujours en augmentant

à mesure que la prolifération des tubercules miliaires, et surtout leur ramollissement, augmente. Quand la gorge ne présente plus qu'une surface entièrement saignante et suppurante, la dysphagie présente un degré que nous ne lui avons vu atteindre dans aucune autre maladie, même dans les cas de cancer et de phthisie laryngée avec ulcération et œdème de l'épiglotte et des aryténoïdes. Tout aliment solide est rejeté, les aliments liquides eux-mêmes sont la cause de douleurs absolument intolérables. Le malheureux malade se voit condamné à mourir de faim et tombe dans le désespoir.

Pendant ce temps, les symptômes laryngiens sont nuls ou peu accusés: la voix peut rester longtemps intacte ou seulement voilée ou enrouée; elle prend surtout un timbre nasonné par suite du non-fonctionnement du voile du palais. Aucun accident de suffocation ne s'est produit dans les cinq observations dont nous avons les détails, sauf notre première malade pendant le temps où nous l'avions soumise au traitement hydrargyrique: la cessation de ce traitement permit de faire disparaître les signes d'œdème de la glotte qui commençaient à se produire.

Des ulcérations analogues à celles de la gorge ont été notées sur les lèvres et les gencives (observ. I^re^ de M. Bucquoy) et sur l'orifice anal (observ. Martineau). La surdité s'est produite dans le cours de la maladie chez notre second malade.

L'altération des poumons, qui marche concurremment avec la lésion de la gorge, doit surtout attirer notre attention. Dans les deux premiers cas typiques qu'il nous a été donné d'observer, les symptômes pulmonaires manquaient au début, bien que les malades présentassent déjà un état fort avancé de la lésion pharyngienne. La jeune femme de notre observation n° IV (mém. de 1871) avait cependant un peu de submatité au sommet droit, avec un peu de respiration rude et d'expiration prolongée, alors que les granulations pharyngolaryngées étaient déjà mêlées de produits pultacés et purulents. Notre second malade n'a présenté pendant plus de deux mois aucun symptôme d'auscultation ou de percussion. Il en était de même de notre troisième malade, celui de l'hô-

pital Lariboisière, qui nous a échappé. Au contraire, dans les deux observations de M. Bucquoy, et dans celle de M. Martineau, les signes de phthisie pulmonaire confirmée ont précédé de plusieurs mois la lésion pharyngo-laryngée, mais aussi la maladie n'a pas été si promptement mortelle que dans nos deux premières observations. Les symptômes thoraciques ont été, dans nos deux cas, ceux des phthisies galopantes : on sait combien ils sont longtemps obscurs et combien ils diffèrent sous le rapport des signes physiques des trois périodes si nettement établies par Laënnec. Longtemps, on ne perçut à la percussion qu'un peu de submatité, et à l'auscultation un silence respiratoire suivi de quelques craquements secs très-disséminés, lesquels n'ont fait place que tout à la fin à des gargouillements légers, la fonte purulente n'ayant pas dépassé la production de petites cavernules (Nos deux observations, et observ. Ire de M. Bucquoy).

Notons enfin la coïncidence d'antécédents scrofuleux légers chez notre première malade, et d'engorgements ganglionaires cervicaux qui ont suppuré chez notre second malade. La scrofule n'est pas notée dans les observations de M. Bucquoy, ni dans celle de M. Martineau. Nous ne devons donc considérer les nôtres que comme des coïncidences montrant une fois de plus l'étroite parenté qui unit les deux diathèses, scrofule et tuberculose.

La *marche* de la maladie a été rapide dans les trois cas dont nous avons l'observation complète (deux obs. d'Isambert, Ire obs. de Bucquoy) ; elle l'avait été aussi dans ceux dont M. Vulpian avait conservé le souvenir. Notre première malade avait succombé en deux mois, notre second malade en six mois; le malade de M. Bucquoy a duré plus longtemps ; cependant la maladie s'est terminée en un mois à partir du moment où furent constatées les lésions caractéristiques de la gorge.

Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est qu'aucun de ces malades n'a péri par suite d'un accident laryngien : il ne s'est produit chez eux, ni un œdème de la glotte, ni un de ces rétrécissements du larynx si communs à la suite des nécroses de la phthisie laryngée vulgaire. Les malades sont

morts de consomption pulmonaire, à forme galopante dans les cas que nous avons considérés comme typiques, à forme un peu plus lente, mais certainement accélérée à la fin chez le malade n° 1 de M. Bucquoy. L'inanition, résultant de la dysphagie presque absolue, a joué un grand rôle dans la terminaison funeste de nos cas typiques.

*Anatomie pathologique et histologie.* — Dans les trois autopsies que nous possédons, les poumons ont été trouvés farcis de granulations tuberculeuses miliaires : cette infiltration était absolument générale dans nos deux premières observations ; dans l'observation n° I de M. Bucquoy, elle était plus limitée, et abondante surtout autour de foyers caséeux assez considérables. Dans notre première observation, et dans celle de M. Bucquoy, il y avait déjà formation de cavernules assez nombreuses. Dans notre observation II$^e$, la lésion pulmonaire n'avait pas dépassé la granulation grise.

L'examen histologique des granulations pharyngo-laryngées a pu être fait dans notre observation n° II et dans l'observation n° I de M. Bucquoy.

Dans notre observation, M. Troisier a d'abord examiné à l'état frais les nodosités que présentait la face interne de la muqueuse, et les a trouvées formées par un amas de corpuscules tassés les uns contre les autres, sans matière intercellulaire apparente. Elles offraient pour la plupart une forme hémisphérique ; leur partie centrale était sombre et granuleuse, tandis qu'à la périphérie et à leur point d'implantation sur la muqueuse les éléments qui la constituaient n'avaient subi aucune dégénération. Ces éléments étaient sphériques, de 4 à 6 millièmes de millimètre de diamètre, et formés par une petite masse de protoplasma finement grenu, au centre de laquelle se trouvait un noyau du 3 millièmes de millimètre, se colorant facilement par le carmin. Au moment où l'examen a été fait, ces granulations n'étaient pas recouvertes d'épithélium. La pièce ayant été ensuite placée dans l'alcool fut soumise à différentes coupes, comprenant toute l'épaisseur de la paroi du pharynx. Toute cette paroi, jusque dans les interstices des faisceaux musculaires, était infiltrée d'éléments semblables à ceux qui viennent

d'être décrits. Cette infiltration était très-marquée dans le chorion de la muqueuse; les faisceaux du tissu conjonctif étaient séparés les uns des autres par des rangées d'éléments plus ou moins rapprochés ; en quelques points, ces éléments semblaient former par leur confluence à la surface de la muqueuse une couche sur laquelle devaient végéter les granulations étudiées ci-dessus à l'état frais. Par places, ces éléments formaient de petits amas sphériques ou fusiformes dont les plus volumineux n'avaient pas plus de trois cinquièmes de millimètre de diamètre. Le centre de ces granulations n'a pas paru granuleux ; mais en ce point les éléments, tout en étant distincts, étaient plus rapprochés les uns des autres, tandis qu'à la périphérie, ils étaient de plus en plus espacés ; il en résulte que ces amas étaient réellement en continuité avec l'infiltration diffuse dont il a été parlé. Quelques-uns cependant, mais ceux-ci tout à fait microscopiques, étaient isolés au milieu des faisceaux du derme... En résumé, ces lésions sont certainement celles d'une infiltration de corpuscules analogues à ceux que l'on trouve dans les tubercules, qu'on considère ces granulations soit à la surface de la muqueuse, soit dans l'épaisseur du chorion. M. le professeur Vulpian, dans le laboratoire duquel ces préparations ont été faites, les a vues et interprétées de la même façon. » (Note inédite de M. Troisier.)

Dans l'observation de M. Bucquoy, l'examen histologique a été fait par son interne, M. Hanot, et les pièces ont été vues aussi par M. Grancher, chef du laboratoire histologique de l'amphithéâtre des hôpitaux. A l'état frais, quelques-unes des petites saillies ont été examinées au microscope, après coloration par le carmin : leur tissu est friable et s'écrase avec la plus grande facilité. Les saillies sont constituées par des éléments embryonnaires, les uns intacts, les autres en régression granuleuse, irrégulièrement mélangés. Nulle part, dans les endroits examinés, de granulations typiques avec leur forme sphérique et la disposition réciproque de leurs cellules embryonnaires. Sur des pièces préparées par l'acide picrique, puis par l'alcool absolu, et colorées par le carmin, *cinq seulement sur cinquante coupes ont présenté*

*des granulations tuberculeuses typiques.* Cependant, un peu plus loin, le même histologiste trouve des éléments embryonnaires en *régression granuleuse;* les faisceaux conjonctifs du chorion contiennent beaucoup plus de cellules qu'à l'état normal, cellules plus volumineuses et à noyau segmenté. Les parois des vaisseaux sont entourées de cellules embryonnaires, la plupart vivantes, mais entremêlées de cellules en *régression granuleuse*, disposées en petites masses plus ou moins sphériques qui rappellent assez bien la *granulation tuberculeuse.*

Nous n'avons pas qualité suffisante pour juger les nuances qui peuvent faire varier ces descriptions histologiques; rappelons que nous ne possédons encore que deux autopsies avec examen microscopique, et qu'il s'agit de deux sujets chez lesquels la maladie avait présenté une marche clinique assez différente. Le nôtre avait été atteint d'une phthisie galopante et d'une infiltration tuberculeuse plus générale que le malade de M. Bucquoy.

Quoi qu'il en soit de ces différences, et du plus ou moins grand nombre de cellules typiques qui ont été rencontrées, il n'en est pas moins constant que pour ces deux cas, les histologistes distingués qui ont vu les pièces se sont accordés à regarder les granulations de la gorge comme des tubercules miliaires à différents degrés d'évolution. Le fait n'est pas borné à la muqueuse pharyngienne; Rokitanski et Virchow ont depuis longtemps signalé la granulation grise dans le larynx; dans ces derniers temps, on l'a reconnue dans les ulcérations tuberculeuses de la langue, et les érosions tuberculeuses citées récemment par MM. Féréol, Martineau (*Union médic.* 1874, juillet, p. 69; *ibid.*, p. 40) et Hillairet (*ibid.*, p. 77), au voisinage des différents orifices naturels (lèvres, anus, prépuce) montrent que la tuberculose des muqueuses et même du tégument externe n'est pas aussi rare qu'on l'avait cru autrefois. Ce qui constitue la particularité de la lésion que nous décrivons, c'est l'extrême confluence des tubercules miliaires de la gorge, confluence qui concorde avec une forme évidemment plus grave et plus rapide de la maladie.

*Forme clinique spéciale.* — Évidemment il s'agit, dans la forme morbide que nous venons de décrire, d'autre chose que de la phthisie laryngée vulgaire. Celle-ci est en définitive une complication assez longue de la tuberculose pulmonaire, qu'elle aggrave notablement il est vrai, mais, en somme, qu'elle suit assez régulièrement, avec des alternatives de poussées aiguës, tantôt vers le poumon, tantôt vers le larynx. Ici la lésion pharyngo-laryngée, au moins dans nos deux observations typiques, semble dominer la scène dans les premiers temps, et l'affreuse dysphagie qu'elle occasionne paraît frapper le malade encore plus que la désorganisation rapide qui ne tarde pas à se produire dans le poumon. Nous ne croyons pas avoir eu tort en annonçant à la fin de 1873 qu'il y avait là une *nouvelle forme de phthisie laryngée*, qui était à la laryngo-phymie vulgaire ce que la phthisie pulmonaire galopante était à la phthisie caverneuse.

Pour préciser ces différences, nous dirons : que si la phthisie laryngée vulgaire est d'emblée une maladie intra-laryngienne, la tuberculose miliaire aiguë est au contraire une pharyngite, qui n'atteint le larynx que secondairement. La laryngo-phthisie vulgaire procède par poussées inflammatoires, par ulcérations profondes, par périchondrites, par nécroses des cartilages laryngiens, comme la pneumophthisie par inflammation autour des tubercules crus, fonte purulente de ceux-ci, et formation de cavernes; la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, au contraire, ne présente que fort peu de phénomènes inflammatoires. La granulation grise de la muqueuse se ramollit, se détruit, en formant une petite ulcération périphérique, mais elle n'amène pas les grands ravages que la laryngo-phthisie vulgaire produit dans le larynx. Ce n'est pas par le larynx que périt le malade, ce n'est pas par un œdème ou rétrécissement de la glotte, provoquant des accès de suffocation; il périt avant le temps où ces lésions pourraient se produire, par les progrès de l'infiltration pulmonaire, et en partie aussi par l'inanition à laquelle le condamne la dysphagie extrême qui résulte des ulcérations pharyngiennes.

Tel est le type qui nous est apparu dans nos deux pre-

mières observations, type qui n'a rien d'absolu, et qui admettra sans doute, comme nous le concédions à M. Hayem, dans une courte discussion au sujet du malade de M. Bucquoy (*Union médic.*, 2e série, t. XVII, p. 931), bien des degrés intermédiaires pour le larynx comme pour le poumon, degrés intermédiaires d'où ressortira, selon nous, plus clairement encore l'unité de la diathèse tuberculeuse. Déjà les deux cas de M. Bucquoy et celui de M. Martineau nous montrent des formes moins rapides de la maladie. C'est qu'en effet il n'y a pas de différence essentielle, moins encore pour le larynx que pour le poumon, puisqu'après tout le larynx ne connaît pas le tubercule cru, ou caséeux, mais seulement la granulation miliaire. La *nouvelle forme de phthisie laryngée* que nous signalons n'est donc une forme spéciale qu'au point de vue de sa gravité exceptionn elle et de sa marche particulière; c'est la forme maligne de la tuberculose de la gorge, comme la variole véritablement confluente, ou la variole hémorrhagique sont les formes malignes de la variole. L'unité de la phthisie subsiste dans notre cas, comme la spécificité de la variole dans les formes auxquelles nous faisons allusion.

*Étiologie.* — Nous ignorons absolument jusqu'à présent les conditions étiologiques qui peuvent donner naissance à la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée. Les causes ne paraissent pas différer des causes générales de la phthisie, et l'influence de la constitution individuelle, les conditions de rapport, de terrain sont probablement celles qui déterminent la forme spéciale. Certains antécédents pathologiques pourraient exercer une action prédisposante. Dans nos deux observations typiques, nous avons noté, soit des antécédents de lymphatisme (ophthalmies, gourmes, abcès froids), soit des tumeurs ganglionnaires concomitantes allant jusqu'à la suppuration. Nous avons signalé aussi l'analogie de quelques-unes des lésions avec les faits représentés par M. Bazin comme des scrofulides malignes de la gorge. Nous devons avouer que ces connexions avec la scrofule ne sont pas mentionnées dans les autres observations. Quant à la syphilis, elle n'a figuré dans les antécédents d'aucun des malades qui font le sujet des observations connues.

*Diagnostic.* — Cette forme morbide a des caractères trop tranchés pour être méconnue par les médecins qui l'auront observée une fois, ou qui auront lu avec attention les descriptions qui précèdent.

La lésion pharyngienne que nous décrivons ne saurait être confondue avec le *muguet :* les concrétions blanches légères de celui-ci n'ont pas le volume ni la consistance des tubercules miliaires, ni surtout leur adhérence intime à la muqueuse, puisque ces derniers sont implantés jusque dans les profondeurs du derme : le siége n'est pas exactement le même, la face dorsale de la langue, toujours envahie par le muguet, est respectée par la tuberculose miliaire. Enfin, au microscope, le parasite du muguet ne se retrouvera pas dans la tuberculose.

L'angine *pultacée simple* ou *scarlatineuse* ne forme dans la gorge que des dépôts de fibrine grumeleuse et d'épithélium faciles à enlever avec le dos de l'abaisse-langue, ou avec un pinceau imprégné de solution de chlorate de potasse. Le tubercule miliaire résiste absolument à ces moyens détersifs. Nous ne parlons pas des phénomènes fébriles qui accompagnent ces angines aigües, non plus que du nombreux cortége des symptômes de la scarlatine, qui manqueront naturellement dans la tuberculose de la gorge.

L'*angine syphilitique* et les plaques muqueuses de la gorge, avec laquelle la tuberculose miliaire présente une ressemblance assez frappante au premier abord, s'en distinguent par les caractères que nous avons indiqués ci-dessus, et notamment par l'auréole inflammatoire carminée des plaques syphilitiques, leurs reflets opalins ou irisés, et leur surface beaucoup moins chagrinée ou mamelonnée que celle des plaques tuberculeuses.

La tuberculose se distingue de l'*angine scrofuleuse*, d'abord par sa marche d'avant en arrière (du voile du palais aux parties profondes), tandis que celle-ci va d'arrière en avant de la paroi pharyngée postérieure aux piliers postérieurs, puis au bord du voile du palais. L'aspect des ulcérations n'est pas le même : elles se distinguent des ulcérations scrofuleuses par l'absence des crachats visqueux adhérant aux surfaces, et

des érosions à fond adipeux que ces crachats recouvrent; par l'absence d'adhérence des piliers de la luette, ainsi que des grandes déformations qu'on observe dans la scrofule; par la couleur bien plus pâle des saillies donnant l'aspect mamelonné; enfin par la douleur très-vive, aboutissant à la dysphagie absolue, ce qui est en opposition absolue avec l'indolence remarquable de l'angine scrofuleuse.

*Pronostic.* — Le pronostic de la tuberculose miliaire est nécessairement fatal, et c'est celui d'une mort à courte échéance, quelques mois au plus.

*Traitement.* — Cette maladie paraît jusqu'à présent audessus des ressources de l'art; son traitement général est le traitement de la phthisie. Les indications locales se bornent à calmer la douleur, à diminuer la dysphagie, à alimenter le malade. Il faut éviter avant tout les mercuriaux, dont nous avons vu les conséquences funestes. Il n'y a guère d'espoir de modifier l'état des surfaces avec quelques topiques, car l'iode, et à plus forte raison les caustiques énergiques (chlorure de zinc, perchlorure de fer, acide chromique) ne pourront être supportés. La lésion est trop profonde, trop interstitielle, pour pouvoir être atteinte, et d'ailleurs, peut-on espérer quelque réaction réparatrice d'un tissu aussi profondément infiltré de matière tuberculeuse? Les caustiques ne feraient que hâter la chute de l'épiderme, et la mise à découvert des granulations dont rien ne pourra entraver le travail ulcératif. Aussi les narcotiques, la glycérine fortement morphinée (au 25$^{e}$, au moins) pourront seuls être employés avec avantage. La glace, avalée en menus morceaux, est peut-être le calmant le plus énergique avec les injections hypodermiques à la région cervicale.

Quant à l'alimentation, elle sera exclusivement liquide : le lait, le bouillon, mêlés de gelées de viandes, sont les seuls aliments que le malade peut ingérer, et bientôt rien ne pourra plus passer. Il restera l'alimentation par le rectum, triste ressource pour prolonger l'existence d'un malade pour lequel la mort peut être envisagée comme la délivrance suprême d'un des états les plus cruels auxquels nous expose notre malheureuse nature.

---

# NOTE SUR L'OTITE AIGUE SYPHILITIQUE,

Par le docteur **Ladreit de Lacharrière.**

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille se sont peu occupés de l'otite aiguë syphilitique. Triquet seul, à ma connaissance, lui a consacré un chapitre de ses leçons cliniques. Parmi les causes qui la produisent, cet auteur signale la blennorrhagie. On ne saurait admettre que cette affection puisse donner naissance à des accidents secondaires, et c'est sur l'otite considérée comme *accident secondaire* que je veux appeler l'attention.

J'ai vu un assez grand nombre de cas d'otite syphilitique ; mais les deux qui viennent de se présenter à mon observation m'ont remis en mémoire tout l'intérêt de cette question.

L'otite syphilitique porte un cachet spécial qui me l'a fait reconnaître plusieurs fois avant d'avoir reçu la confidence des autres accidents qui devaient m'éclairer sur sa nature. Les signes qui la caractérisent sont pour moi l'état des parois des conduits auditifs, la nature de la sécrétion, le début assez rapide et peu douloureux de la maladie.

Les deux conduits auditifs sont ordinairement simultanément atteints. Leurs parois sont tuméfiées, mais ne présentent pas ce gonflement phlegmoneux que l'on observe dans l'otite simple. La peau est fendillée et rouge. Le tympan est humide ou baigné de pus, rouge et éraillé. Le méat du conduit est le plus souvent rétréci, et il est difficile d'éclairer le tympan sans faire souffrir le malade.

Le produit de la sécrétion commence par être presque entièrement transparent et fluide comme de l'eau ; il se teinte bientôt légèrement en jaune, et prend les caractères de muco-pus très-liquide. Il a toujours une odeur particulière très-désagréable. Les malades que j'ai observés dernièrement se plaignaient depuis quelques jours de diminution dans l'audition, de sensations de plénitude de l'oreille, de démangeaisons dans les conduits, et enfin d'un écoulement qui s'était produit le jour même, ou peu de temps auparavant. L'otite

que je viens d'esquisser ne saurait être prise pour une otite aiguë simple, dont le début est toujours si douloureux jusqu'à ce que l'écoulement se soit établi; on ne saurait la confondre avec l'otite herpétique, que l'on reconnaît facilement à la présence des vésicules d'herpès. L'affection qui me paraît lui ressembler le plus est l'eczéma ; mais dans ce cas la sécrétion est peu abondante et le liquide ne coule pas au dehors.

Les malades qui viennent consulter pour des maux d'oreille ne s'imaginent guère que leur état puisse être lié à une affection générale, et ils se gardent bien de faire connaître, si on ne les y provoque, qu'ils ont des plaques muqueuses dans la gorge et à l'anus, une roséole et de l'adénite cervicale. Au milieu d'un pareil cadre, il ne reste plus de doute sur la nature de la maladie.

La durée de l'otite syphilitique ne dépasse pas en général celle des autres accidents qui l'accompagnent.

Elle guérit le plus souvent sans laisser de traces, les tympans et les conduits reprennent leurs conditions physiques ordinaires. J'ai constaté cependant plusieurs fois la persistance pendant quelque temps d'un certain degré de surdité, dû, soit à un état catarrhal des caisses des tympans, soit à un peu d'épaississement des membranes tympaniques ; mais cette légère infirmité a toujours été passagère. Je n'ai pas besoin de mentionner ici le traitement qu'il faut instituer contre la vérole ; je me bornerai à indiquer que j'ai obtenu rapidement de bons résultats de frictions sur les apophyses mastoïdes avec une pommade à l'iodure de potassium. Les injections que je fais faire dans les oreilles sont des injections calmantes, rendues légèrement astringentes par l'addition d'une petite quantité de borax. Je n'ai recours au cathétérisme que lorsqu'un catarrhe des caisses persiste après la guérison de la muqueuse pharyngienne.

Voici les observations très-sommaires des deux malades que j'ai eu l'occasion d'observer depuis le 1er janvier.

Observation I. — M. X..., âgé de 19 ans, habitant Bellevue, me fut conduit par ses parents le 19 janvier. Ce jeune homme ayant les apparences d'une bonne santé, devenait depuis quelques jours de plus en plus sourd et n'entendait

plus l'échappement d'une forte montre qu'à une petite distance de l'oreille. Il souffrait médiocrement, mais il avait dans les oreilles une sensation de plénitude assez pénible. Il ressentait depuis quelques jours un bourdonnement semblable au bruit du coquillage ou à un moulin lointain. Il avait de la démangeaison dans les conduits, et il s'en écoulait un liquide citrin, sanieux et fétide. Les parois des conduits un peu tuméfiées étaient rouges et l'épiderme par place était exfolié, ce qui lui donnait une teinte un peu irrégulière. La respiration nasale était un peu gênée, il y avait du gonflement de la muqueuse et des croûtes dans le nez. Le pharynx était tuméfié et rouge, et les amygdales, plus grosses, présentaient à leur face interne cette apparence grisâtre de la plaque muqueuse qui se développe. La peau était couverte d'une roséole très-confluente, enfin il y avait deux plaques muqueuses à l'anus. Aussitôt que je fus seul avec lui, ce jeune homme me fit l'aveu qu'il avait contracté six mois auparavant un chancre qu'il n'avait pas soigné.

Observation II. — La personne qui fait l'objet de cette seconde observation est une femme, concierge à Paris, qui vint me consulter le 27 janvier à ma clinique de l'institution des sourds-muets.

Elle est âgée de 35 ans. Elle se plaignait de gêne et de douleurs dans les oreilles depuis quelques jours. Elle n'entendait plus l'échappement de ma montre appliquée sur le pavillon, et il fallait crier de très-près et assez fort pour se faire comprendre.

Les deux oreilles semblaient également atteintes; mais du conduit gauche seulement s'écoulait un liquide presque aussi transparent que de l'eau, d'une odeur fétide et qui s'était manifesté depuis le matin seulement. Les parois du conduit de ce côté étaient rouges, tuméfiées, fendillées. Du côté droit la tuméfaction du conduit était un peu plus marquée, la peau était rouge et présentait aussi quelques fentes à demi couvertes de croûtes; mais il n'y avait pas d'écoulement. Les tympans des deux côtés présentaient cette teinte louche que l'on observe dans le catarrhe de la caisse. La gorge était rouge, et tout me portait à croire que les trompes devaient être obstruées; le

cathétérisme étant inutile dans de telles conditions, je m'en suis abstenu. Les amygdales étaient grosses et ulcérées à leur face interne. La peau était couverte d'une roséole en voie de disparition. La femme X... me dit qu'elle était malade depuis les premiers jours de janvier; mais que la surdité avait fait depuis peu de jours de rapides progrès. Elle se plaignait d'un malaise général. Cette femme n'étant pas édifiée sur la nature de son mal, je n'ai pas cru devoir la questionner. Elle m'a appris qu'elle avait eu des boutons aux parties génitales et que son mari était également malade. Dans ces deux cas, si brièvement rapportés, la nature de l'affection des oreilles ne saurait être contestée, et l'otite s'est manifestée en même temps que la roséole, que l'angine et les plaques muqueuses : elle guérit et disparut sous l'influence d'une même médication, elle doit donc être classée parmi les accidents secondaires de l'empoisonnement par le virus syphilitique.

---

## DES LARYNGOPATHIES PENDANT LES PREMIÈRES PHASES DE LA SYPHILIS.

Par MM. les docteurs **Krishaber** et **Mauriac**, médecin de l'hôpital du Midi.

*(Suite)*

La saillie formée par la plaque muqueuse s'accentue parfois beaucoup plus que dans les deux cas précédents. La lésion devient condylomateuse ou végétante, par suite d'une hyperplasie trop exubérante, comme dans les faits suivants :

### Observations V.

Au 5e mois d'une syphilis légère, laryngopathie indolente, présentant après 4 semaines de durée les lésions suivantes : épaississement et rougeur des cordes vocales inférieures, plaque muqueuse végétante de la corde vocale droite.

M. B... (Victor), 19 ans, garçon de restaurant, entré le 19 février 1872 dans le service de M. Mauriac, salle 6, n° 36.

Bonne santé habituelle. En août 1872, deux chancres infectants, d'une incubation incertaine, se manifestèrent sur la muqueuse préputiale; ils furent soignés à la consultation de l'hôpital, et guéris en 15 jours. Le malade fut immédiatement soumis à un traitement antisyphilitique.

Les accidents consécutifs survinrent sans troubles constitutionnels et consistèrent en alopécie, croûtes dans les cheveux, et angine.

Vers le 15 janvier (5e mois du chancre), toux, catarrhe laryngo-trachéal avec quintes, sans qu'il y eût eu préalablement fièvre. Le malade, qui souffrait de la gorge et toussait un peu depuis quelques jours, remarqua que sa voix devenait faible et enrouée. — Il ne fumait pas depuis trois mois et ne s'était livré à aucun excès.

Le 22 février (6e mois du chancre), il présentait l'état suivant : Deux cicatrices de chancres, non indurées, sont visibles sur les côtés du filet. — Adénopathie bi-inguinale. — Plaques muqueuses labiales exulcérées. — Adénopathie cervicale postérieure.

Quelques papules sur le tronc. Sur les deux bras, petites macules couleur café au lait, exactement arrondies, non déprimées, semblables à des taches de rousseur, survenues, paraît-il, à la suite d'une éruption boutonneuse qui eut lieu en novembre 1872.

Laryngopathie. — Douleur à la pression vers l'angle antérieur du cartilage thyroïde. Ni douleur, ni gêne de la déglutition. La voix, qui était très-cassée lors de l'entrée du malade à l'hôpital, s'est améliorée, surtout sous l'influence du repos. L'enrouement, qui était beaucoup plus prononcé le soir que le matin, allait quelquefois jusqu'à l'aphonie.

Aujourd'hui la voix est rauque, enrouée ; mais la parole est très-distincte. Les sons graves et moyens sont possibles ; les sons élevés ne peuvent être émis. Un peu de toux le matin. (2 pilules de protoiod. de 0,03 c.).

Examen laryngoscopique le 23 février (4e semaine de la laryngopathie). Les deux cordes vocales sont rouges et épaissies; celle du côté droit présente au point de réunion

des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur une saillie en forme de pyramide, à base implantée sur le bord libre de la corde vocale, et avec une pointe qui fait saillie dans la glotte.

On objectera peut-être que cette prétendue plaque végétante n'est autre chose qu'une grosse papule. Bien que notre impression à son aspect ne nous ait pas fait pencher vers cette interprétation, nous ne la combattrons pas. Au surplus la question est d'une médiocre importance, puisque toutes ces lésions d'une origine commune ont entre elles une grande analogie.

Signalons dans cette laryngopathie une circonstance exceptionnelle, son début, semblable à celui d'un catarrhe laryngo-trachéal aigu quoique sans fièvre.

Qu'on veuille bien remarquer aussi que le traitement hydrargyrique n'a point empêché cette laryngopathie de se produire, bien qu'il eût été institué dès les premiers jours de l'accident primitif et continué pendant cinq mois.

Les plaques végétantes des cordes vocales inférieures coïncident quelquefois avec les plaques ulcérées. En voici un exemple.

## Observation VI

Au 4e mois d'une syphilis de moyenne intensité, laryngopathie présentant, après 7 mois de durée, les lésions suivantes : rougeur, épaississement, congestion de l'épiglotte et de la portion susglottique du larynx, épaississement de la corde vocale inférieure gauche, plaques muqueuses érodées et plaque végétante sur la corde vocale inférieure droite.

S... (Alphonse), 33 ans, peintre en bâtiments, entré le 14 janvier à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 22, vit apparaître, vers le milieu de février 1872, un chancre infectant balano-préputial compliqué de phimosis, contracté avec une femme qu'il voyait habituellement.

Peu de temps après, plaques muqueuses sur la verge et les bourses, maux de gorge, croûtes dans les cheveux et roséole. Le malade n'a suivi aucun traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il n'a pas eu de coliques saturnines ; il

ne fait pas d'excès alcooliques. Sa santé est médiocre. Jaunisse à 18 ans, blennorrhagie à 20 et, à peu près à la même époque, chancres mous suivis de bubons suppurés.

En juin, chute sur l'arcade sourcilière gauche, suivie d'une plaie très-longue à se guérir, et dont la cicatrice encore rouge et enflammée est couverte de végétations irrégulières qui ne paraissent pas syphilitiques.

Vers le milieu de juin (4e mois du chancre), enrouement progressif, puis perte de la voix dans les notes hautes et basses. Cette laryngopathie est survenue sans fièvre et sans catarrhe laryngo-trachéal ; il existait en même temps des plaques muqueuses buccales, pharyngiennes, mais pas de syphilic. Le malade toussait fréquemment, il avait aussi des sueurs nocturnes abondantes ; enfin il crachait quelquefois du sang pur, en quantité notable, le matin en se levant. Cependant la syphilis n'a point sérieusement compromis sa santé générale.

Le 18 janvier 1873 (11e mois de la syphilis, 7e de la laryngopathie), le malade présentait l'état suivant : Insomnie, céphalée généralisée sus-orbitaire, rien sur la peau, plaques muqueuses ulcérées sur les lèvres et à leurs commissures.

Voix enrouée, éraillée, presque éteinte. Sensibilité à la pression au niveau de l'hyoïde. Quoiqu'il ait été réformé pour palpitations de cœur, et qu'il ait craché du sang, on ne découvre aucun signe physique de lésion grave dans l'appareil cardio-pulmonaire.

Examen laryngoscopique le 19 janvier : Épiglotte rouge et légèrement épaissie, congestion vive de la muqueuse interaryténoïdienne. Les cordes vocales inférieures ne peuvent être explorées que très-rapidement à cause du renversement de l'épiglotte. Elles sont rouges, exulcérées et dentelées.

Le 30 (11e mois de la syphilis, 7e 1/2 de la laryngopathie), un examen plus complet permet de constater que la corde vocale inférieure droite présente : 1° dans sa portion ligamenteuse une échancrure finement dentelée ; 2° dans sa portion aryténoïdienne une plaque muqueuse ovalaire exulcérée, située sur le bord libre et la face supérieure ; 3° entre ces deux lésions une saillie en éperon, formée par l'épais-

sissement hyperplasique de la muqueuse, plus prononcé en ce point que partout ailleurs.

(Traitement : 2 cuillerées de sirop de bi-iodure ioduré, 1 gr. d'iod. de potassium.)

9 février. Pas de traitement local. Mêmes lésions en voie de guérison. Épaississement de la corde vocale gauche.

La laryngopathie était déjà ancienne, puisqu'elle datait de 7 mois 1/2 quand nous avons pratiqué l'examen laryngoscopique. Aussi deux des plaques muqueuses avaient alors produit, l'une une ulcération avec perte de substance, l'autre une exulcération ovalaire. Quant à la troisième lésion, elle ressemblait beaucoup à celle de l'observation précédente et on peut lui appliquer les mêmes réflexions.

Quoique la laryngopathie dans le fait suivant ne remontât qu'à 20 jours, il existait déjà une plaque muqueuse érodée et un condylome, ce qui prouve bien que le processus de chaque lésion varie dans de très-larges limites et n'est soumis à aucune règle fixe. Pourtant le malade avait subi, dès les premiers jours de l'accident primitif, un traitement mercuriel énergique. Néanmoins la santé générale fut fortement éprouvée par l'invasion des accidents consécutifs, et la laryngopathie se manifesta dès la 7e semaine du chancre.

## Observation VII.

Sept semaines après l'accident primitif, apparition d'une laryngopathie légère et indolente, au milieu de troubles constitutionnels sévères, caractérisée à son 20e jour par les lésions suivantes : rougeur et épaississement de l'épiglotte et du bord adhérent des cordes vocales; plaque muqueuse érodée sur la face supérieure et sur le bord libre de la corde vocale gauche ; condylome syphilitique dans l'angle des deux cordes.

L... (Adolphe), 23 ans, entré à l'hôpital du Midi, salle 8, nº 17, le 7 décembre 1872, se portait habituellement bien et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsque le 1er novembre 1872, il éprouva une douleur vive du prépuce, bientôt suivie d'inflammation balano-préputiale et

de phimosis. Il vivait depuis longtemps avec la même femme et ne voyait qu'elle. Adénopathie bi-inguinale spécifique.

Au bout de trois semaines, il eut un peu de fièvre, de la céphalée et des étourdissements. Dès son entrée, on le soumit au traitement hydrargyrique (liqueur de van Swieten). Peu de temps après, apparition des troubles constitutionnels, roséole à petites papules.

Vers les derniers jours de décembre (7e semaine de l'accident primitif), la voix commença à s'altérer sans qu'il y eût douleur dans le larynx. Peu à peu la voix s'enroua de plus en plus et l'organe devint sensible pendant la phonation et la déglutition.

Le 9 janvier 1873 (9e semaine du chancre), le malade présentait l'état suivant : Petites plaques muqueuses sur les amygdales; rougeur diffuse de l'isthme et de la paroi postérieure du pharynx.

Amaigrissement très-notable, troubles constitutionnels, fièvre, céphalée. Balano-posthite persistante très-inflammatoire et excessivement douloureuse, causant de l'insomnie; des sueurs froides réagissant sur la santé générale d'une façon tout à fait inusitée. Adénopathie bi-inguinale énorme; adénopathie cervicale ; éruption papuleuse sur le tronc en voie de guérison. (Traitement : 0,09 c. de protoiodure ; 1 gr. d'iod. de potas. ; cataplasmes, bains, etc.) Laryngopathie légère et indolente.

Examen laryngoscopique impossible.

Le 16 janvier, endolorissement et tuméfaction du cou au niveau des amygdales et à la nuque. Fièvre, herpès labialis. Pas de plaques muqueuses ; gêne et douleur pendant la déglutition ; douleur à la pression au niveau de la partie supérieure du larynx.

Le 25 janvier 1873, douleurs très-vives dans tout le côté droit de la tête, principalement dans la sphère de distribution de la branche supérieure du maxillaire, revenant sous forme de paroxysmes, avec éblouissements et vertiges, beaucoup plus violents la nuit que le jour.

Examen laryngoscopique : Cordes vocales inférieures un peu épaissies, surtout celle de droite, qui vibre un peu

moins que la gauche. Sur la corde vocale inférieure droite, dans sa portion ligamenteuse et en avant, petite plaque muqueuse ovalaire de 1/2 centimètre de longueur, entourée d'une zone opaline.

Troubles fonctionnels toujours à peu près les mêmes.

Le jour suivant, l'examen laryngoscopique fut répété et fit constater l'état suivant : L'épiglotte est épaissie, d'un rouge diffus et sombre ; les cordes vocales supérieures n'offrent rien de particulier; le long du bord adhérent de la corde vocale droite, rougeur et épaississement; sur les autres points, marbrure blanche et rouge; le bord libre est d'un blanc mat, d'aspect rugueux.

Sur la corde vocale gauche, exactement au niveau de l'attache antérieure, érosion superficielle et ovalaire d'environ 4 à 5 millimètres de longueur, de largeur un peu moindre, occupant la face supérieure et le bord libre. Partout ailleurs cette corde est d'un blanc mat et n'offre rien de particulier. Dans l'angle antérieur des cordes vocales existe une petite élévation rouge, arrondie, du volume et de l'aspect d'une des papilles de la base de la langue.

Même état général et fonctionnel.

30 janvier (11e semaine du chancre). L'enrouement est toujours le même. La céphalée a un peu diminué.

2 février. Encore quelques céphalées nocturnes ; la syphilide papuleuse diminue ; douleurs dans le genou et dans le coude droit ; enrouement peu considérable. Épaississement et rougeur uniforme de l'épiglotte avec rugosité sur son bord libre; rougeur morbide des deux cordes vocales, mais surtout de la droite.

Ici la forme condylomateuse ou végétante était plus accentuée que dans les deux observations précédentes.

Quant à la laryngopathie envisagée dans son ensemble et dans ses rapports avec les autres manifestations de la syphilis, nous n'avons à faire remarquer qu'une chose, c'est qu'elle était légère, indolente, et relativement beaucoup moins grave que les troubles constitutionnels et que les autres déterminations syphilitiques.

Nous faisons rentrer dans la première section des laryngo-

pathies le cas suivant, bien que l'existence des plaques muqueuses nous ait paru douteuse. Il offre quelque intérêt, parce que l'examen laryngoscopique a eu lieu à une époque très-rapprochée du début de l'affection, le 10e jour. La détermination syphilitique était surtout hypérémique et inflammatoire ; elle occupait plutôt la portion susglottique de l'organe que les cordes vocales inférieures. Celles-ci, cependant, étaient rugueuses et d'aspect ulcéreux. Malheureusement nous avons perdu le malade de vue presque aussitôt après son entrée, et nous n'avons pas pu constater sous quelle forme se serait traduit plus tard ce processus primitivement diffus.

### Observation VIII.

Au 65e jour de chancre infectant, laryngopathie légère et indolente survenue en même temps que des accidents syphilitiques cutanés et muqueux de moyenne intensité. Lésions constatées vers le 10e jour de la laryngopathie: hypertrophie et inflammation des deux cordes vocales supérieures, surtout de la gauche; rugosités et aspect ulcéreux des deux cordes vocales inférieures.

D....... (Hippolyte), âgé de 30 ans, plombier, entré le 29 janvier 1873, salle 8, n° 29, à l'hôpital du Midi, se porte habituellement bien et n'a eu jusqu'ici, pour toute maladie, qu'une pleurésie simple en 1871. Il ne fait pas d'excès de vin, fume modérément et n'est pas sujet à s'enrhumer.

Vers le milieu de novembre 1872, apparition de deux chancres infectants, l'un sur le pubis, l'autre sur le fourreau, contractés avec une femme qu'il voyait habituellement.

Le 24 novembre il entrait dans le service de M. Mauriac, et était soumis à un traitement hydrargyrique. Vers le 20 décembre (35e jour du chancre), croûtes dans les cheveux, et éruption d'une roséole papuleuse discrète partout, excepté sur les flancs où elle est confluente. Le 10 janvier 1873 (55e jour du chancre), angine spécifique. Le traitement n'a jamais été interrompu.

Vers le 20 janvier (65e jour du chancre), la voix devient, sans aucune cause occasionnelle appréciable, moins nette,

moins claire, puis, au bout de 8 à 10 jours, tout à fait enrouée; picotements laryngés sans toux. Douleur pharyngienne se propageant dans les oreilles; un peu de dysphagie. Jamais aucune réaction fébrile, ni de catarrhe aigu laryngo-trachéal.

État du malade le 29 janvier 1873 (2e mois 1/2 de la syphilis, 10e jour de la laryngopathie). Cicatrices rouges indurées des deux chancres infectants. Adénopathie bi-inguinale, spécifique.

La syphilide du tronc et des membres est constituée par de petites papules entourées d'une aréole inflammatoire d'un rouge vif, et surmontées d'une vésicule ombiliquée, contenant un liquide clair et recouvrant une petite ulcération surperficielle. Les papulo-vésicules se présentent à toutes les phases de leur processus; les unes viennent de naître, les autres sont à peu près guéries, la plupart sont en pleine efflorescence. Dans les plus anciennes on trouve que l'ulcération cicatrisée est recouverte d'une croûte épidermique qui leur donne l'apparence de papulo-squames. La santé générale n'a jamais été troublée. — Tuméfation et rougeur de l'isthme. Les deux piliers décrivent une parabole régulière, recouverte d'exsudations grisâtres et enchâssant des amygdales tuméfiées et parsemées de plaques muqueuses. Pas de sensibilité à la pression du larynx. Pas de douleurs en respirant, ni en avalant. Voix enrouée mais non déchirée, ni cassée. Troubles fonctionnels indiquant un degré modéré de laryngopathie syphilitique.

Le 30 janvier, l'examen laryngoscopique permit de constater les lésions suivantes : Hypertrophie inflammatoire considérable de la corde vocale supérieure gauche; à droite, la lésion est beaucoup moins prononcée. Le repli thyro-aryténoidien est rouge, boursoufflé, et recouvre en partie la corde vocale inférieure correspondante.

2 février. Voix un peu plus claire, rugosités d'aspect ulcéreux des deux cordes vocales inférieures. Inflammation considérable des deux cordes vocales supérieures.

Ici, comme dans plusieurs autres cas, le traitement a été commencé presque dès le début des chancres, et continué sans interruption pendant plus de deux mois. Mais le mer-

cure ne paraît avoir eu aucune action préventive sur la laryngopathie, ni pour en retarder l'apparition puisqu'elle s'est manifestée au 65e jour de l'accident primitif, ni pour en diminuer l'intensité puisqu'elle a présenté, comme troubles fonctionnels et comme lésions, une moyenne d'intensité qu'on observe aussi bien chez les malades non traités que chez ceux qui ont été soumis à la médication hydrargyrique.

Dans les deux observations suivantes, outre l'intérêt que présentent les lésions laryngées et les autres accidents de la syphilis, on trouvera le fait curieux d'un processus syphilitique grave subitement arrêté et rapidement guéri par une action fébri-phlegmasique violente qui a exercé son influence curative aussi bien sur la laryngopathie que sur les autres manifestations de la syphilis (1).

### Observation IX.

Au 4e mois d'une syphilis sévère, caractérisée par la confluence et l'opiniâtreté des plaques muqueuses de l'anus, des bourses, de la gorge et de la bouche, apparition d'une laryngopathie indolente, avec aphonie, présentant au 30e jour de sa durée : rougeur foncée uniforme de toute la portion susglottique du larynx ; épaississement et marbrure des deux cordes vocales inférieures ; ulcération de la corde vocale inférieure gauche. Guérison complète de cette laryngopathie en quelques jours, par une violente angine inflammatoire avec fièvre.

R... (Charles), 19 ans, maçon, entré le 22 octobre 1872 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Mauriac, salle 8, n° 17, jouissait habituellement d'une bonne santé et n'avait eu aucune maladie vénérienne, lorsque, après une continence d'un mois, il eut des rapports, vers le 3 août 1872, avec une coureuse de Boulogne-sur-Seine. Quinze jours après, apparition d'un chancre infectant balano-préputial compliqué de phimosis. Deux mois après le début du chancre, vers le 20 octobre, accidents consécutifs : roséole papuleuse, maux de tête, étourdissements, courbature, fièvre. Ce malade

(1) *Voyez*, sur cette question, le travail de l'un de nous, Mauriac, intitulé : *Mémoire sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis* (Librairie Delahaye, Paris, 1873.)

fut soumis au traitement spécifique dès son entrée. Vers le 5 novembre (2 mois 1/2 après le début du chancre), plaques muqueuses confluentes sur les bourses et à la partie intérieure des cuisses. Quelques-unes conglomérées se sont converties en une vaste exulcération. Sécrétion infecte, opiniâtreté de cette lésion qui résiste pendant longtemps à un traitement local énergique.

Les autres accidents consécutifs, sauf ces plaques muqueuses, avaient complétement disparu depuis plusieurs jours, lorsque, vers la fin de décembre 1872 (3e mois du chancre), les lèvres se couvrirent de plaques muqueuses. En même temps survint un enrouement qui allait presque par moments jusqu'à l'extinction de voix. Douleur légère au niveau du larynx, difficulté très-grande de la déglutition. Le traitement général n'avait pas été interrompu un seul instant.

État du malade le 9 janvier 1873 (5e mois du chancre, 10e ou 15e jour de la laryngopathie). Un peu d'amélioration du côté du larynx; moins de douleur en parlant et en mangeant. Rien sur la peau. Balano-posthite et plaques muqueuses glando-préputiales. Le périnée est couvert de papules confluentes végétantes, à sécrétion abondante. C'est une nouvelle poussée, aussi forte que la première, qui n'a jamais été du reste entièrement guérie. Il n'existe aucune circonstance étiologique locale de nature à expliquer la persistance si singulière de ces papules périnéo-fémorales. Aucun trouble de la santé générale. Plaques muqueuses opalines, saillantes, confluentes sur les deux lèvres; quelques-unes sont ulcérées. Plaques muqueuses sur les deux piliers antérieurs et sur le bord libre du voile du palais (Cautérisation, 0,06 c. de proto., bains, etc.). Le larynx a été touché le 2 janvier avec une solution iodée légère. L'examen laryngoscopique a été très-imparfait jusqu'ici.

Le 16 janvier, la voix était plus enrouée, presque éteinte, la déglutition très-difficile. Les plaques muqueuses des lèvres, du pharynx et les papules périnéo-fémorales ne cèdent nullement aux cautérisations répétées. Il est extrêmement rare de voir ces lésions qui guérissent d'ordinaire très-facilement sous l'influence d'une médication appropriée, présenter

une pareille opiniâtreté. Ce fait est tout à fait exceptionnel.

Le 24 janvier (30e jour de la laryngopathie), l'examen laryngoscopique donna les résultats suivants : Les deux cordes vocales inférieures présentent une coloration marbrée et sont épaissies. Vers le bord libre de la corde vocale gauche, l'épaississement est plus considérable que dans le reste de son étendue, et on y voit, au point de réunion de la glotte inter-aryténoïdienne et de la glotte inter-ligamenteuse une perte de substance nettement accusée de 3 à 4 millimètres d'étendue, et à bords déchiquetés. Pharynx, épiglotte, et entrée du larynx d'un rouge foncé uniforme. Tuméfaction et rougeur générale de l'isthme. Sur le pilier gauche, petite échancrure ulcérée avec traînée blanche périphérique.

Le 26 janvier, le malade fut pris d'une amygdalite inflammatoire des plus violentes avec fièvre, prostration des forces, menace d'asphyxie, impossibilité d'avaler et d'ouvrir la bouche, voix nasonnée, gonflement énorme des deux amygdales qui obstruaient presque complétement l'isthme du gosier.

Le 3 février, cette angine était à son minimum d'acuité : réaction générale violente. Agitation excessive, délire pendant la nuit, turgescence violacée de la face.

Le 5 février (42e jour du début de la laryngopathie), il survint une grosse tuméfaction ganglionnaire sur les côtés du cou, un peu en arrière des amygdales, accompagnée d'un empâtement diffus du tissu cellulaire ambiant. Douleur vive à ce niveau. Déglutition toujours extrêmement difficile, impossibilité d'explorer la gorge.

Les jours suivants, l'état général s'améliora progressivement, mais l'agitation avec délire nocturne persista quelque temps. Enfin, vers le 8 ou le 10, les phénomènes locaux s'améliorèrent; la déglutition devint possible. La tuméfaction latérale du cou s'affaissa et le malade entra franchement en convalescence.

Le 15, il était complétement guéri. Or, chose remarquable, cette fièvre angineuse avec détermination inflammatoire si violente sur les deux amygdales avait fait disparaître avec une merveilleuse rapidité toutes les manifestations syphilitiques que présentait le malade au moment de son invasion.

Et cependant toute médication spécifique avait été interrompue depuis le début de cette angine. Ces plaques muqueuses si opiniâtres, si rebelles au traitement général et local qui siégeaient à l'anus et au périnée, qui recouvraient les deux lèvres et l'isthme du gosier, étaient en pleine activité au moment où survint l'angine. Eh bien, quinze jours après, sans qu'on y eût touché, sans même qu'on y eût fait le plus petit pansement, elles avaient complétement disparu. Mais phénomène encore plus curieux, la voix était revenue à son état normal, claire, bien timbrée, en possession de toutes ses notes; et quand l'examen laryngoscopique fut pratiqué, on constata une absence de toute lésion dans l'intérieur de la cavité laryngée. Quant à la santé générale, elle sortit de cette épreuve meilleure qu'auparavant. En un mot, vers le milieu du mois de février, il n'existait aucune manifestation syphilitique soit sur la peau, soit sur les muqueuses, soit sur d'autres parties du corps.

L'examen laryngoscopique pratiqué le 20 février n'a fait constater aucune lésion dans la cavité laryngée. La voix est revenue telle qu'elle avait été avant l'attaque de la laryngopathie : le malade chante toute la journée.

Le 22 février (6<sup>e</sup> mois du chancre), retour d'une plaque muqueuse sur la joue gauche.

1<sup>er</sup> mars (6<sup>e</sup> mois du chancre), plusieurs plaques muqueuses sont déjà revenues sur les joues et les lèvres, mais l'isthme du gosier, les cordes vocales et la région ano-génitale ne présentent encore aucune nouvelle poussée de cet accident syphilitique. Santé générale excellente.

Le côté remarquable de cette syphilis envisagée dans l'ensemble de ses manifestations, c'est la confluence, la généralisation, l'opiniâtreté, la tendance aux récidives, la résistance aux médications générales et locales des plaques muqueuses. Il y en a eu plusieurs poussées successives ; la laryngopathie est survenue en même temps que la deuxième. Les lésions qui la constituaient étaient loin d'être relativement aussi accusées que celles qui occupaient la cavité buccale et l'isthme du gosier. Elles consistaient en une petite ulcération consécutive, sans doute en une plaque mu-

queuse et en un érythème de l'épiglotte et de la portion sus-glottique du larynx. Les troubles fonctionnels étaient plus prononcés que les lésions.

Toutes ces manifestations ont disparu comme par enchantement à la suite d'une angine inflammatoire et fébrile. Ce fait est remarquable surtout par la laryngopathie dont la marche est essentiellement chronique, la durée très-longue et qui ne se laisse influencer que très-peu par le traitement général et par les médications locales.

Dans le cas suivant, la syphilis fut beaucoup plus sévère, presque maligne, et il se produisit peu à peu, au 6e mois de la maladie, une laryngopathie à peu près semblable à toutes les autres comme troubles fonctionnels, mais remarquable par la multiplicité et la netteté des plaques muqueuses situées sur les cordes vocales supérieures.

C'est par cette observation que nous devons clore la série des laryngopathies à plaques muqueuses, parce qu'elles offrent toutes les variétés de cette lésion.

### Observation X.

Au 6e mois d'une syphilis très-grave, à forme ulcéreuse, apparition progressive d'une laryngopathie indolente, au milieu d'une poussée d'accidents consécutifs variés, siégeant sur la peau et les muqueuses.

Au 28e jour de sa durée, cette laryngopathie était constituée par les lésions suivantes : plaques muqueuses, confluentes, dont quelques-unes profondément exulcérées sur les deux cordes vocales inférieures.

Au 48e jour de la laryngopathie, érysipèle fébrile grave qui guérit, en un ou deux septenaires, toutes les lésions syphilitiques y compris les plaques muqueuses des cordes vocales.

G... (Jean), âgé de 28 ans, employé d'octroi, tempérament lymphatique, constitution bonne, entré le 3 janvier 1873, salle 8, nº 5.

Ce malade a eu une syphilis des plus graves, de forme ulcéreuse. — La verge a été en partie détruite par des

(1) *Voyez* pour plus de détails sur ce sujet le travail cité ci-dessus, pages 27 et 34.

ulcérations consécutives. C'est pour la troisième fois qu'il revient à l'hôpital.

Au moment de son entrée, 6$^{e}$ mois de la syphilis, il avait la voix un peu enrouée; elle était moins nette que d'habitude depuis sa seconde sortie. — Vers le 7 janvier 1873, elle est devenue tout à fait éraillée, enrouée, presque éteinte.

Aujourd'hui, 9 janvier, on l'entend à peine, il est obligé de faire de grands efforts et ne peut articuler ni sons bas, ni sons aigus. Pas de douleur locale, pas de douleur à la pression ni en parlant ni en avalant, pas de déviation des aliments.

La face interne des joues, surtout de la joue droite, est couverte de plaques muqueuses ulcérées extrêmement douloureuses, avec congestion et tuméfaction de la muqueuse. Il y a trois mois qu'elles existent. Plaques opalines peu nombreuses sur les piliers, rien dans le pharynx. Lèvres épaissies, ulcérations aux commissures, papules plates en voie d'ulcération sur la lèvre supérieure et au pourtour des ailes du nez.

Les oreilles sont très-malades. Le conduit auditif externe est rempli de plaques syphilitiques confluentes, ulcérées; ecthyma, eczèma; lésion de l'ouïe dépendant de l'obstruction du conduit auditif externe.

Un vésicatoire appliqué sur le bras, par un autre médecin, ne s'est pas ulcéré; quelques papules et quelques tubercules sont disséminés sur les bras. La verge n'est pas encore cicatrisée.

Cicatrices nombreuses des anciennes syphilides, circulaires et blanches circonscrivant un point d'un rouge sombre, entourées d'une zone également rouge, mais moins sombre.

Quelques pustules d'ecthyma, ulcération profonde, larges comme une pièce de 1 franc, sur la cuisse droite.

Santé générale bonne. Aucun phénomène hectique (prend 0,06 de protoiodure et 6 grammes d'iod.).

12 janvier (28$^{e}$ jour environ de la laryngopathie). Examen laryngoscopique.

*Corde vocale droite.* — Son bord libre est normal dans

son tiers antérieur; mais, à partir du point de réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, on voit deux ou trois plaques muqueuses se confondant l'une dans l'autre et dont la plus postérieure est particulièrement accusée. Cette dernière est profondément exulcérée; les deux premières n'offrent qu'une érosion superficielle. La plaque muqueuse ulcérée correspond à une ulcération analogue moins prononcée, siégeant au même point sur la corde vocale du côté opposé. Lorsque le malade rapproche les deux cordes vocales en produisant un son, il y a une goutte de pus blanc et épais qui fait une sorte de pont de réunion entre les deux plaies opposées.

Dans le reste de leur étendue, les deux cordes vocales sont marbrées, c'est-à-dire alternativement rouges et blanches; elles sont à peine plus épaisses qu'à l'état normal. La muqueuse, dans le reste de la cavité laryngée, sauf une injection généralisée, n'offre rien de remarquable.

Le 30 janvier, l'examen laryngoscopique fit constater sur les deux cordes vocales inférieures à peu près les mêmes lésions : Plaques muqueuses, les unes érodées, les autres ulcérées, d'autres un peu végétantes, mais toutes très-caractéristiques, accompagnées d'un épaississement opalin périphérique de l'épithélium, et d'un boursoufflement de tout le bord libre de cet organe. La voix était complétement éteinte depuis deux jours, sans qu'il fût survenu aucun accident aigu du côté du larynx.

Tel était l'état des choses, lorsque, le 1er février (six mois et demi après le début de la syphilis, au 48e jour de la laryngopathie), survint un érysipèle de la face, excessivement violent, accompagné d'une réaction fébrile générale des plus véhémentes. Après une durée de quinze jours environ, cet érysipèle guérit, et il fit disparaître comme par enchantement toutes les lésions syphilitiques inutilement traitées depuis longtemps par le mercure et l'iodure de potassium. La voix, qui était éteinte le 1er février, était devenue, le 14, nette et facile; l'examen laryngoscopique fit constater l'absence de toute plaque muqueuse sur les cordes vocales; elles ne présentaient plus qu'un peu de rougeur.

Cette observation peut se passer de commentaires. Elle est assez claire et assez nette par elle-même. Ceux qui voudraient se donner la peine de la lire attentivement en comprendront toute l'importance, soit au point de vue de la pathologie syphilitique du larynx, soit au point de vue de l'action curative de l'érysipèle sur toutes ces graves manifestations de la syphilis.

---

## DE LA RHINITE CHRONIQUE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA PULVÉRISATION.

Par M. le docteur **Émile Tillot.**

Depuis le coryza chronique simple, caractérisé par de l'enchifrènement habituel, du prurit dans le nez ou la fréquence des éternuements, jusqu'à l'ozène franc, accompagné ou non d'ulcères étendus, mais caractérisé surtout par l'odeur sui generis, *odeur de marécage*, il existe dans l'inflammation chronique des fosses nasales bon nombre d'états intermédiaires sur lesquels il y a peut-être encore quelque chose à dire. Autrefois, on se préoccupait surtout du coryza chronique avec ou sans ulcérations, mais surtout de celui qui s'accompagnait de fétidité de l'air expiré par le nez. Les travaux de Cazenave, de Trousseau ont éclairé jusqu'à un certain point la question, mais ce n'est que depuis que nous avons entre les mains un instrument dilatateur des fosses nasales que l'on sait réellement à quoi s'en tenir sur les lésions des parties profondes du nez. Ce qui le prouve, c'est que la plupart des auteurs qui ont traité du sujet dont nous nous occupons parlent surtout des ulcérations placées à la partie antérieure de la pituitaire. Il y a une douzaine d'années encore, on diagnostiquait un ozène à l'écoulement mucoso-purulent, à l'écrasement du nez et surtout à l'odeur de l'air qui sortait des fosses nasales; mais ce n'était que dans des cas rares, lorsque les narines étaient très-évasées, que les malades avaient perdu une partie de leur nez, ou que des ulcérations profondes, comme dans le lupus scrofuleux ou syphilitique,

ayant détruit une partie de la cloison, permettaient de plonger profondément dans l'intérieur des fosses nasales; ce n'est que dans ces conjonctures que l'on pouvait connaître exactement les lésions de la pituitaire et des tissus sous-jacents; or ces cas-là ne sont pas les plus communs, et dans les circonstances ordinaires de coryza chronique sans ulcération extérieure, lorsqu'on se contentait de renverser la tête du malade en arrière, qu'on entrouvrait ses narines avec une pince à pansements, ou bien qu'on examinait l'intérieur du nez avec le spéculum *auris*, on avait de la peine à découvrir les lésions situées profondément dans les fosses nasales, et on était disposé assez facilement à accepter l'existence d'ulcérations, même sans les voir, lorsqu'il y avait un écoulement catarrhal intense et surtout de la fétidité de l'haleine nasale. A présent, le diagnostic est grandement facilité, et les moindres lésions de l'intérieur du nez apparaissent aussi visibles que celles du pharynx. Grâce au spéculum *nasi*, imaginé par le docteur Duplay, qui est maintenant entre toutes les mains, grâce aussi à l'application des réflecteurs fixes ou montés sur des branches de lunettes, on sait maintenant à quoi s'en tenir sur les lésions d'une grande partie de la surface de la pituitaire; la rhinoscopie postérieure présente aussi de grands avantages dans les affections des fosses nasales, mais c'est une méthode plus difficile à employer et qui détermine souvent de la révolte chez certains malades; nous pensons que le spéculum de Duplay, bien manié, éclairé par le réflecteur, surtout lorsqu'on peut disposer de la lumière solaire, permet dans la plupart des cas de se dispenser de l'emploi du rhinoscope; ce dernier instrument, qui permet de voir l'embouchure des trompes d'Eustache, est surtout utile lorsqu'il y a complication de surdité.

Mais à présent même que cette question du diagnostic est élucidée, à présent qu'on reconnaît presque entièrement sur le vivant les lésions de la rhinite chronique, la thérapeutique est-elle aussi avancée? Hélas! non, il faut bien l'avouer. Étant donnée une rhinite chronique, quels que soient ses symptômes, légers ou sérieux, gêne simple ou écoulement

fétide, il n'est pas pour ainsi dire plus aisé de la guérir; le spéculum *nasi* permet bien de voir les ulcérations et d'y appliquer directement des modificateurs ou des caustiques, mais les ulcérations sont, comme nous l'avons dit, plus rares qu'on ne le suppose, et les cautérisations agissent-elles d'une façon certaine sur la muqueuse pour en modifier la sécrétion? On sait que le traitement le plus habituellement recommandé contre l'ozène repose sur les injections, et surtout sur les grandes douches désinfectantes ou substitutives. Est-ce la faute des malades qui n'apportent pas assez de persévérance dans l'emploi des moyens conseillés? Ce qui est certain, c'est que les cas d'ozène réfractaires à cette médication si rationnelle sont encore bien nombreux, et pour ma part j'ai vu déjà une assez grande quantité de personnes traitées de la sorte sans grand bénéfice au point de vue de leur maladie, pour croire qu'une nouvelle médication peut être instituée avec avantage dans les cas rebelles. J'ai pensé aussi qu'en joignant à l'usage de ces douches *à grande volée* un genre de balnéation nouvelle, on pourrait obtenir des effets plus durables. A cet effet, j'ai associé aux douches le procédé de la pulvérisation, et j'ai employé comme médicament une eau minérale naturelle qui, par ses propriétés légèrement astringentes et cicatrisantes, était indiquée pour combattre les lésions d'une muqueuse aussi vasculaire que la pituitaire.

Mon intention, dans cette note, est donc d'insister sur un nouveau mode d'application d'une eau minérale au traitement du coryza chronique, avec ou sans ulcération, en faisant précéder le chapitre thérapeutique de quelques considérations sur les symptômes et le diagnostic de la maladie qui nous occupe.

Trouvant très-bonne la division établie par le docteur Duplay, dans l'excellent chapitre qu'il a consacré dans sa pathologie chirurgicale au coryza chronique (1), c'est-à-dire coryza chronique simple, sec ou humide, et coryza ulcéreux, je me permettrai seulement d'insister sur quelques particularités du coryza chronique simple.

(1) *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et S. Duplay, p. 790 et suiv.

C'est une affection qui est, en général, laissée de côté dans les traités de pathologie, et cependant il y a des variétés de cette maladie, fort bénigne en apparence comme en réalité, qui font le désespoir des malades. J'ai vu bon nombre de personnes qui se plaignent, ou d'un enchifrènement continuel, ou d'un léger chatouillement provoqué par la présence d'une ou plusieurs pustules siégeant sur la cloison, ou bien à l'entrée des narines et placées à la base d'un poil. La démangeaison augmente, le malade tiraille les poils de la narine, il se forme une exulcération, puis une croûte et la maladie s'éternise; chez quelques individus l'affection de la muqueuse s'accompagne de rougeur de la sous-cloison ou du bout du nez; cette circonstance, insignifiante en apparence, acquiert cependant de l'importance quand le sujet est jeune, ou bien qu'il s'agit d'une femme ou d'une jeune fille. Quelquefois l'entretien de cette pustule est dû à l'habitude de priser, mais le plus souvent elle est le symptôme d'une diathèse plus ou moins accusée dans l'organisme : scrofule, arthritis ou herpétisme. Je rapporte plus loin l'observation d'un monsieur qui présentait différentes manifestations herpétiques, telles que de la blépharite et de l'eczéma, et qui, depuis dix ans, est atteint d'une inflammation toujours très-modérée de la partie antérieure des fosses nasales, avec rougeur du bout du nez et de la sous-cloison. Dans quelques circonstances, l'érythème des narines ou de la sous-cloison s'accompagne de fissures, de crevasses, qui deviennent une nouvelle cause d'ennui et de gêne, en obligeant le malade à prendre des précautions continuelles lorsqu'il veut se moucher, ou bien en causant un sentiment de brûlure fort pénible.

Si l'affection occupe la partie postérieure des fosses nasales, elle détermine une sensation de gonflement et de malaise profond; le malade éprouve le besoin de faire mouvoir sa pituitaire, et comme dans l'angine glanduleuse, le patient cherche à gratter en quelque sorte sa muqueuse et produit ces bruits particuliers auxquels les Anglais ont donné le nom de *hemming* et de *hawking*, de même celui qui est atteint de rhinite de la partie profonde des fosses nasales, se gratte,

pour ainsi dire la muqueuse à l'aide d'un mouvement du fond du nez et des narines; ce mouvement particulier s'accompagne d'un bruit spécial, dont l'onomatopée *tum* peut donner une idée assez grossière; bien que ce bruit ne soit pas aussi fréquent que le *hem* ou le *hawk*, il n'en existe pas moins, et on rencontre bon nombre d'individus qui trahissent par ce bruit nasal l'infirmité dont il s'agit; en revanche les personnes atteintes de coryza chronique simple, de cette variété qui nous occupe maintenant, tiennent souvent la bouche ouverte la nuit, ronflent en dormant, et pendant le jour font entendre un bruit nasal assez désagréable pour incommoder leurs proches voisins; dans les pensions et les colléges, on remarque les enfants atteints de cette infirmité; c'est ainsi que je me souviens, en pension, avoir eu pour voisin de table un camarade atteint de coryza chronique sans ozène, c'est-à-dire sans fétidité, mais probablement avec épaississement de la pituitaire, et que nous avions surnommé *le souffleur* à cause du bruit qu'il faisait avec son nez en respirant.

Il y a, comme on le sait, bien des cas de rhinite chronique, qui ne sont autre chose que l'extension d'un eczéma ou d'un sycosis de la lèvre supérieure à la pituitaire; il est vrai par contre que ce sycosis, lorsqu'il n'est pas parasitaire, est quelquefois dû lui-même à l'irritation produite par l'écoulement, qui des fosses nasales vient à tomber sur les poils, et de là sur la peau sous-jacente; mais, quelle que soit la cause de ce coryza chronique, je tenais surtout à appeler l'attention sur une affection légère, qui souvent dégénère en infirmité, et qui n'ayant rien de notable au point de vue de l'anatomie pathologique, est intéressante comme symptomatologie.

La variété de rhinite qui nous occupe en ce moment me paraît plus fréquente chez l'adulte, tandis que le coryza chronique avec écoulement abondant serait plutôt une maladie de l'enfance ou de la jeunesse; elle nous paraît aussi se développer principalement chez les arthritiques; cette remarque a du reste été déjà faite par Joseph Frank dans son traité de pathologie interne. « En effet, dit cet auteur, le coryza négligé chez un sujet atteint d'arthritis dégénère quelquefois

en ozène ; nous avons vu aussi les dartres du scrotum dissipées sans précaution se porter sur la membrane pituitaire; la partie affectée était devenue le siége de prurit, de rougeurs, de pustules miliformes qui gagnaient la lèvre supérieure et répandaient une odeur fétide (1). » Cette coexistence d'affections cutanées et d'une maladie de la pituitaire a été signalée par Trousseau ; seulement cet éminent clinicien insistait surtout sur les cas où il y avait des pustules à l'entrée des fosses nasales ; n'ayant pas d'instrument suffisant pour bien voir l'intérieur du nez, il n'était disposé à invoquer la diathèse dartreuse que dans les cas où l'affection éruptive de la muqueuse était apparente.

Cette extension des dartres à la pituitaire a été signalée aussi par l'auteur de l'article du *Dictionnaire* en 60 volumes ; dans ces cas-là, il recommande l'emploi des eaux sulfureuses, et notamment de l'eau de Barèges.

D'après les écrivains qui se sont occupés du coryza chronique et aussi d'après notre expérience personnelle, la rhinite chronique simple est surtout caractérisée par de la rougeur, tirant parfois sur le violet ; dans d'autres cas, par un aspect grisâtre de la muqueuse qui la fait ressembler à un tissu organique macérant depuis quelque temps dans l'eau, par l'épaississement de la pituitaire qui est parfois mamelonnée, d'autres fois comme villeuse, et présente çà et là de petites pustules, des vésico-pustules ou des érosions et même des exulcérations ; quant aux pustules qui se rencontrent sur la muqueuse, elles sont placées surtout à l'entrée des narines là où il y a des poils, et ressemblent à celles du sycosis ou de l'acné ; tandis que sur la cloison les pustules seraient le plus souvent remplacées par de petites vésico-pustules auxquelles succèdent des exulcérations ; dans quelques circonstances, ces vésico-pustules sont recouvertes par des croûtes épaisses, rocheuses, et j'ai été plus d'une fois surpris, après avoir fait tomber ces croûtes à l'aide d'injections émollientes, quand je m'attendais à trouver une ulcération profonde, de ne rencontrer qu'une vésico-pustule ou une

(1) J. Frank, *Pathologie interne*, traduction de Bayle, tome IV, p. 43.

exulcération; cette circonstance nous conduirait à penser que le nombre des cas de coryza ulcéreux a été bien exagéré, surtout avant qu'on sût éclairer convenablement les fosses nasales; la difficulté de voir des parties profondément situées faisait que lorsque l'observateur se trouvait en présence d'une croûte épaisse, rocheuse, fétide, que le malade lui apportait ou rendait sous ses yeux, il se figurait qu'il y avait une ulcération profondément cachée. Cependant il y a déjà longtemps que le docteur Cazenave a signalé ces cas d'ozène sans ulcération. Bien souvent cette rhinite simple dont nous venons de parler, caractérisée simplement par de la rougeur et de l'épaississement de la muqueuse sur laquelle se montrent des pustules ou quelques excoriations, mais sans ulcérations, s'accompagne d'une odeur des plus désagréables, odeur qu'on ne devrait rencontrer qu'avec des ulcérations; cette circonstance a été bien indiquée par Trousseau, qui insistait à ce propos sur la fétidité des exhalations cutanées ou muqueuses chez certaines gens sans qu'il y eût d'ulcération ; c'est ainsi que l'haleine prend souvent une odeur désagréable chez les personnes qui ont des poussées congestives sur le pharynx ou les amygdales.

Au point de vue du pronostic, la rhinite chronique est inquiétante et pénible par ses symptômes propres et par ses symptômes indirects, tels que la rougeur du nez ou le gonflement comme hypertrophique du bout du nez; ajoutez encore les conséquences que cette affection peut avoir sur les voies lacrymales. J'ai entendu bien souvent le docteur Panas insister sur ce sujet et interroger les malades atteints d'obstruction des conduits des larmes. Dans bien des circonstances, pour cet ophthalmologiste distingué, l'irritation des muqueuses lacrymales serait consécutive à une irritation de la pituitaire, l'affection, d'après lui, procédant très-souvent de bas en haut. Pour ma part, je connais une dame un peu sourde atteinte de la variété de rhinite que le docteur Duplay appelle le coryza sec. Cette dame, qui n'est pas sujette au larmoiement, est souvent affectée de picotements dans les yeux et de mucocèle.

On le voit, cette maladie, presque insignifiante dans ses

formes légères, peut avoir des conséquences assez sérieuses soit sur la muqueuse nasale, soit sur la muqueuse des voies lacrymales et des paupières.

Nous avons dit, d'après les auteurs et d'après notre expérience, que l'ozène pouvait exister sans grandes ulcérations; et c'est tellement vrai, que dans tous les ozènes que nous avons soignés à Saint-Christau, aucun ne nous a présenté d'ulcération pareille à celles qui sont décrites dans les livres. Dans un seul cas, c'était un ozène syphilitique, il y avait des ulcères multiples énormes, d'autant plus faciles à voir que l'affection avait détruit la presque totalité du nez. Eh bien, ce malade n'avait pas d'ozène à proprement parler, son haleine exhalait une odeur fade, celle du pus, mais nullement l'odeur de marécage, si caractéristique, et que j'ai rencontrée dans bien des cas sans qu'il y eût d'ulcérations étendues. On peut, il est vrai, m'objecter que, dans les cas d'ozène observés par moi, les ulcérations pouvaient occuper des parties reculées de la muqueuse, et invisibles même à l'aide du spéculum; c'est ainsi que les ulcérations dans le sinus maxillaire causent une fétidité des plus horribles, mais dans ces cas il est facile de reconnaître d'où vient le pus, par la façon dont il sort et par la déformation de la joue. Je n'ai pas eu l'occasion de traiter cette variété d'ozène, mais j'ai été à même d'observer une variété de rhinite chronique assez rare, celle du sinus frontal; dans ce cas, caractérisé par de la céphalalgie et l'écoulement intermittent d'une notable quantité d'un flux abondant, il n'y avait pas de fétidité.

Je termine ces considérations sur les symptômes de la rhinite chronique, en résumant les quelques points sur lesquels je désire attirer l'attention. La rhinite chronique, même dans sa variété la plus bénigne, est une affection désagréable par suite de la gêne, de la difformité qu'elle cause, et enfin par ses conséquences indirectes : dacryocystite, blépharite ou engorgement des voies lacrymales, et cette affection n'est, le plus souvent, que la manifestation d'une diathèse générale, extension ou commencement d'une dermatose dont on trouve des traces sur d'autres parties du corps. Dépendant souvent de la scrofule, elle peut être due

à l'herpétisme, ou, le plus souvent, n'être qu'une manifestation de l'arthritis, ou de la scrofule et de l'arthritis associées chez le même sujet. Enfin la rhinite chronique non ulcéreuse peut s'accompagner ou non de fétidité de l'haleine nasale. Quant à l'ozène proprement dit, il indique non pas forcément un travail d'ulcération, mais à coup sûr une sécrétion nasale abondante et la formation de croûtes plus ou moins épaisses; d'ailleurs l'intensité de l'odeur n'est pas du tout en raison de la profondeur des ulcérations; dans quelques circonstances la sécrétion est fétide, comme dans certains cas d'eczéma ou d'impetigo. On sait, en effet, que chez certains sujets ces affections s'accompagnent d'une odeur des plus repoussantes, en quelque point du corps qu'elles soient situées. C'est ainsi que l'acné *sebacea fluente* du nez détermine souvent la production d'une odeur désagréable.

De ce qui précède il résulte que dans le traitement de la rhinite chronique on doit se proposer trois buts, remplir trois indications: 1° combattre la diathèse sous l'influence de laquelle s'est montrée la maladie des fosses nasales; 2° déterger complétement la muqueuse de ses produits de sécrétion, muco-pus et croûtes; 3° combattre les lésions de la muqueuse. On arrive au premier résultat par une médication constitutionnelle, sulfureux ou eaux chlorurées sodiques, si la rhinite est sous la dépendance de la scrofule; antisyphilitique, si elle est due à la vérole; arsenicaux ou alcalins, selon qu'il y aura lieu de poursuivre une diathèse herpétique ou arthritique.

La seconde indication s'obtient par les grandes douches nasales préconisées avec tant de raison par le docteur Duplay, et si ces douches ne peuvent être supportées, par exemple quand il y a une grande tendance à l'épistaxis, il faut les remplacer par des injections avec de l'eau froide ou une eau minérale appropriée; la troisième indication est remplie au moyen des poudres absorbantes et légèrement cathérétiques, calomel, tannin, etc., ou par l'administration de ces substances suspendues dans des liquides et employées dans des pulvérisateurs.

Les eaux minérales snlfureuses, les eaux chlorurées

sulfureuses comme Uriage, les eaux purement chlorurées comme celles de Salies de Béarn, revendiquent à juste titre l'ozène pour le guérir, et le docteur Coustalé de Larroque a publié dans un ouvrage sur le lymphatisme quelques observations qui démontrent l'heureux effet des eaux chlorurées de Salies contre l'ozène caractérisé, et s'accompagnant d'une grande fétidité.

Pour ma part, ayant eu à soigner, depuis quatre ans, un certain nombre de personnes atteintes de rhinite chronique avec ou sans ulcères, et ayant employé chez elles, avec grand avantage, le procédé de la pulvérisation, je terminerai ce travail par l'histoire succincte de quelques malades traités par une eau minérale qui a une composition spéciale. Auparavant, je vais indiquer très-brièvement la manière dont je procède dans la cure de la rhinite chronique et la méthode qui m'a donné les meilleurs résultats.

Quelques mots d'abord sur le médicament naturel qui m'a servi exclusivement chez tous les malades. L'eau minérale de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), que j'ai employée à la source même dans la rhinite chronique, est une eau presque froide (14°), insipide, inodore, minéralisée principalement par le fer et le cuivre (sulfate de cuivre trois dixièmes de milligramme, sulfate de fer quatre milligrammes) ; elle renferme en plus de la matière organique des traces d'iode et d'arsénic. Au point de vue physiologique elle est légèrement diurétique et a sur la peau une action pathogénétique qui se manifeste par une éruption plus ou moins caractérisée d'acné ou de lichen, affectant à peu près le tiers des sujets. L'eau de Saint-Christau jouit d'une réputation locale méritée contre les dermatoses en général, mais elle agit surtout dans les affections circonscrites, humides ou ulcéreuses; elle modifie très-bien la muqueuse oculaire et palpébrale, et réussit dans bon nombre d'ophthalmies chroniques. Il n'y a guère que quatre ans que j'ai commencé à traiter la rhinite chronique à Saint-Christau, mais les résultats que j'ai obtenus sont assez nombreux et assez satisfaisants pour m'engager à continuer à soumettre mes malades au traitement que j'indique quelques lignes plus bas.

Avant de commencer le traitement de la rhinite chronique, j'ai la précaution de faire faire une injection détersive à l'aide d'un irrigateur; puis, après avoir fait asseoir la personne en face d'une fenêtre bien éclairée, je dirige les rayons du soleil sur un réflecteur concave, placé sur l'appui de la fenêtre, et je collecte ses rayons réfléchis dans le spéculum de Duplay ; de la sorte, les fosses nasales sont éclairées de la façon la plus complète, et la muqueuse apparaissant avec sa couleur naturelle, la moindre lésion ne saurait échapper à une observation attentive. Le spéculum du docteur Duplay, excellent pour observer les détails de la cloison et des cornets, est remplacé par un spéculum *auris* plein pour étudier les détails du plancher des fosses nasales; ce spéculum, éclairé par la lumière réfléchie du soleil, permet de voir jusqu'à la partie supérieure du pharynx, ce qui peut avoir une certaine importance dans les cas de surdité. Je devrais aussi recourir à la rhinoscopie postérieure pour compléter mon examen, mais j'avoue que les quelques tentatives que j'ai faites pour éclairer la partie postérieure des fosses nasales, à l'aide du miroir, n'ont pas été heureuses, d'ailleurs le spéculum de Duplay, réfléchissant la lumière solaire, me paraît suffisant dans la plupart des cas de rhinite chronique avec ou sans ozène. Il est bien entendu que lorsque le soleil fait défaut, j'ai recours à une lumière artificielle qui me sert à éclairer un réflecteur fixe ou placé sur des lunettes ; mais dès que la chose est possible je préfère de beaucoup la clarté du soleil, qui a surtout l'avantage de ne pas changer, comme la lumière artificielle, la couleur des organes malades; la lumière solaire n'a qu'un inconvénient, chez les personnes nerveuses surtout, c'est d'affecter désagréablement les yeux, et de produire sur le visage une sensation de chaleur assez pénible; on peut obvier au premier inconvénient en couvrant les yeux du malade avec un bandeau, et au second en prolongeant le moins possible l'examen, ou en le faisant en plusieurs fois.

L'examen dont je viens de parler est répété trois ou quatre fois pendant le cours du traitement, et permet de s'assurer du progrès de l'amélioration et de suspendre ou d'augmenter la

durée du traitement local, suivant que la muqueuse est plus ou moins irritée.

Ces notions bien établies sur les procédés destinés à faire connaître les lésions de la muqueuse, abordons maintenant le chapitre du traitement hydro-minéral. Mais, avant tout, je dois dire que les malades soignés à l'établissement thermal sont entièrement sevrés de tout autre traitement et suspendent l'usage de toutes les préparations pharmaceutiques. C'est une loi presque exclusive pour moi à Saint-Christau de n'employer de médicament que pour les affections aiguës intercurrentes, et de traiter toutes les affections chroniques par l'eau minérale seule, prise, intùs et extrà.

Je m'adresse d'abord à l'état général, par l'usage de l'eau sulfureuse du *Pêcheur*, et les bains pris dans l'eau ferro-cuivreuse des *Arceaux*. Je m'occupe ensuite de l'état local, et je le combats par des inspirations d'eau des Arceaux, mais surtout par les douches et la pulvérisation ; pour les douches, on se sert des ajutages ordinaires destinés à donner des douches générales. Je fais coiffer l'extrémité de l'ajutage avec une canule en gomme élastique ; le malade, placé dans sa baignoire, introduit la canule dans la narine plus ou moins profondément, puis on ouvre la clef du robinet de la douche de façon à faire arriver le liquide avec une certaine force dans les fosses nasales. Cette opération dure de 5 à 10 minutes. Une ou deux heures après, le malade vient subir la pulvérisation ; pour cela il se place devant une table échancrée pourvue d'une cuvette de zinc, il s'entoure le coû d'un tissu imperméable, prend le tube de caoutchouc et introduit dans sa narine l'ajutage où se fait la pulvérisation, puis l'appareil pulvérisateur est mis en mouvement. Les premiers effets de cette opération, qui dure de 10 à 20 minutes, sont de produire un sentiment de suffocation ; mais la tolérance ne tarde pas à s'établir, et aux séances suivantes le patient s'habitue très-bien à cette manœuvre.

Le procédé de la pulvérisation a été, dès son origine même, appliqué par MM. Trousseau et Barthez dans les angines et le croup. M. Réveil l'appliqua avec l'eau de Nabias au traitement des plaies, en 1863. Depuis, d'autres

observateurs l'ont utilisée contre quelques affections de la peau et, nous-mêmes, depuis l'année 1866, l'avons employé à Saint-Christau contre certaines affections de la face, plus tard dans quelques variétés d'ophthalmies chroniques, puis contre la rhinite chronique.

Pour la pulvérisation des liquides on s'est servi d'eaux minérales naturelles ou de solutions officinales; c'est ainsi que les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées, bromo-iodurées, comme celle de Nabias, ont été employées de préférence; les solutions de tannin, de chlorate de potasse ont été mises en usage dans les angines; les solutions de bichlorure de mercure utilisées par M. Demarquay dans les affections syphilitiques des yeux, l'eau de goudron par Foucher dans les affections de la prostate et de la vessie.

Dans toutes nos expériences pour la pulvérisation, nous nous sommes servi d'appareils fondés sur le principe du docteur Sales-Girons; ces appareils, comme on sait, ont pour effet de lancer un filet d'eau presque capillaire sur un obstacle. Nous nous servons dans ce but d'une pompe à jet continu pourvue d'un piston à crémaillère, s'engrenant avec une demi-roue dentée placée au bout d'un levier. La pulvérisation proprement dite est obtenue par un tamis métallique sur lequel vient se briser le jet filiforme, et placé à l'extrémité d'un cylindre métallique introduit dans les narines; après divers essais, je suis arrivé à me servir exclusivement d'un ajutage fixé perpendiculairement, au moyen d'une tige, sur un tube de caoutchouc recouvert d'un tissu de fil, et en communication avec la pompe. Cet ajutage est un cylindre creux, en argent doré, de huit centimètres de long et de huit millimètres de large environ. Il est ouvert à une seule de ses extrémités et présente sur une de ses faces, celle qui est tournée en bas, un orifice elliptique situé de manière à être traversé obliquement par le jet filiforme; ce cylindre présente près de cet orifice une tige par laquelle on l'ajuste sur un tube de caoutchouc en communication avec le reste de l'appareil.

Cet ajutage n'est autre chose, d'ailleurs, que le capuchon des pulvérisateurs ordinaires de Mathieu ou de Charrière,

que j'ai allongé de manière à obtenir la pulvérisation dans l'intérieur même du nez ; le jet capillaire que lance l'appareil mis en mouvement vient butter contre une petite calotte de métal contenue dans le cylindre que l'on introduit successivement dans les deux narines. Cet appareil, qui a été exécuté pour moi par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, a sur le tamis métallique dont je me servais autrefois l'avantage de produire une poussière d'une grande ténuité, c'est-à-dire une vraie fumée.

Cette méthode de la pulvérisation me paraît avoir un avantage considérable surtout quand on l'applique aux muqueuses, c'est-à-dire à des surfaces éminemment faites pour l'absorption. Les expériences de Réveil sur l'hydrofère, communiquées à l'Académie de médecine, ont prouvé que l'eau sous forme pulvérisée était absorbée par la peau. On peut donc supposer que l'absorption doit être plus active encore sur une surface très-absorbante, comme la pituitaire, et je crois que plus la substance est réduite en matière tenue, plus il y a de chance pour que l'absorption se produise. Aussi, trouvant que le tamis métallique ne pulvérisait pas suffisamment l'eau et laissait d'ailleurs pénétrer à travers une partie de sa circonférence une portion du jet liquide lancé avec force, ce qui, dans certaines circonstances, pouvait être préjudiciable au malade, j'ai cherché à éviter cet inconvénient à l'aide de l'ajutage cylindrique que j'ai décrit plus haut.

D'un autre côté, avec un liquide aussi stable que l'eau de Saint-Christau, minéralisée principalement par des substances peu altérables, j'avais l'avantage d'une opération qui devait être efficace pendant toute sa durée ; car il n'en est pas ainsi pour d'autres liquides et surtout pour beaucoup d'eaux minérales, telles que les sulfureuses, qui perdent une partie de leur principe minéralisateur sous l'influence de la pulvérisation. Les eaux à température élevée s'altèrent aussi par suite du changement d'état qui se fait pendant cette opération ; toutes ces raisons me paraissent plaider en faveur du procédé et de l'eau que j'ai expérimentée, mais je ne doute pas que la méthode de la pulvérisation appliquée à des eaux minérales fixes, telles que les eaux froides bicarbonatées

ferrugineuses, ou chlorurées, ne donne aussi de très-bons résultats dans la maladie qui nous occupe.

Pour résumer ce que je viens de dire de la cure hydrominérale de la rhinite chronique, voici en quoi je la fais consister : traitement général reconstituant et antidiathésique ; traitement local qui nettoie et déterge au moyen de la douche, qui modifie et guérit la muqueuse au moyen de la pulvérisation.

J'arrive maintenant au chapitre clinique, c'est-à-dire aux observations sur lesquelles ce travail doit s'étayer; elles tendent à prouver que l'eau dont j'ai fait usage est un bon médicament, et que les procédés que j'emploie pour l'administrer sont tout à fait rationnels.

Les observations que j'ai pu recueillir sont déjà suffisamment probantes par leur nombre, et j'ai choisi parmi celles où le procédé de la pulvérisation a été employé, car un certain nombre de malades atteints de rhinite chronique se contentent à Saint-Christau du traitement local par les douches et les injections.

Il est donc bien entendu que tous les malades qui figurent ci-dessous ont passé par la pulvérisation ; c'est parmi eux que j'ai recueilli les cas les plus intéressants, et autant que possible j'ai fait figurer les sujets qui sont venus plusieurs années à Saint-Christau, ou dont j'ai pu avoir des nouvelles positives près des médecins qui les avaient envoyés.

Nos observations sont divisées en deux catégories : la première comprend les cas les moins graves, c'est-à-dire sans fétidité ; la seconde, les cas de rhinite chronique avec odeur ou d'ozène proprement dit.

## PREMIÈRE CATÉGORIE.

Observation I. — *Rhinite chronique. — Blépharite. — Deux saisons : amélioration notable.*

M. X..., de Bordeaux, 39 ans, constitution forte, tempérament lymphatique, embonpoint.

Antécédents de famille : grand-père goutteux ; père mort hydropique.

M. X... est sujet à la migraine, à des douleurs rhumatismales, et à des poussées congestives vers les yeux.

*Début.* — 7 ou 8 ans; traitements suivis et variés ; liqueur de Fowler, lotions avec le sublimé, injections d'eau de goudron ; depuis longtemps les yeux sont collés le matin.

*État actuel.* — Nez rouge du bout et un peu gonflé à gauche ; en dedans de la narine gauche deux fissures ; en dehors croûte rocheuse, épaisse ; l'affection ne dépasse pas une profondeur de 3 centimètres ; à la face interne de la narine droite rougeur simple ; la conjonctive palpébrale de l'œil droit est injectée, un peu tuméfiée ; la conjonctive oculaire est aussi injectée, sensation de brulûre et gêne dans le nez.

*Traitement.* — Eau sulfureuse du Pêcheur, injections et pulvérisations d'un quart d'heure avec l'eau des Arceaux.

M. X... fit deux saisons à Saint-Christau, et j'ai eu l'occasion de le revoir six mois après la seconde saison ; l'amélioration s'était maintenue, la sensation pénible des narines avait disparu ; le dessous du nez était à peine rouge, la cloison du côté gauche était encore injectée, à droite il y avait de l'injection et une pustule.

Ce monsieur était atteint d'une affection plutôt désagréable que douloureuse ; mais elle durait depuis plusieurs années et lui causait une sensation de gêne et de chaleur assez pénible ; les traitements variés qu'il avait subis d'après les avis de grands médecins de Paris n'avaient produit qu'un peu de soulagement ; ce n'est qu'à Saint-Christau qu'il a trouvé une véritable amélioration, et je suis à peu près certain qu'une troisième saison aurait amené une guérison définitive.

Observation II. — *Rhinite chronique simple. — Amélioration notable.*

M. X... négociant, adressé à Saint-Christau par le docteur Léon Labbé, âgé de 45 ans. Constitution moyenne.

Tempérament lymphatique. Il y a 20 ans, rhumatisme articulaire.

*Début* de la maladie, 4 ans ; jamais d'écoulement nasal, pas d'autre sensation que de la démangeaison.

*État actuel.* — Rougeur et épaississement de la cloison des deux côtés, surtout à gauche, où il existe une pustule ; nulle part d'ulcération ; l'haleine nasale a une odeur assez désagréable, mais non fétide, la muqueuse est violacée, épaissie, arborisations fines ; le nez est un peu rouge au bout.

*Traitement.* — Le traitement dura 27 jours et consista en boisson d'eau des Arceaux, douches pendant dix minutes avec une canule pénétrant dans les narines, et une séance de pulvérisation durant chaque jour vingt minutes.

*Résultat.* — Amélioration notable, la muqueuse a perdu de son épaisseur et de sa rougeur, elle est bien moins violacée, la démangeaison a disparu.

Observation III. — *Rhinite chronique simple.* — *Eczéma impétigineux.* — *Amélioration notable.*

Mademoiselle D..., 14 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique. Père gros et gras, sujet à la gravelle et à la dyspepsie ; une de ses tantes est atteinte de surdité, une autre de ses tantes a un jeune enfant affecté de gourme et de blépharite persistantes.

*Début.* — L'eczéma impétigineux date de la première enfance, la rhinite chronique de quelques années.

*État actuel.* — Quand la malade vint à Saint-Christau en 1873, elle avait de l'eczéma impétigineux du visage ; mais elle ne parla pas du tout de son coryza ; en 1874, lorsqu'elle revint très-améliorée du visage, elle m'accusa alors un écoulement muqueux très-abondant par le nez, de l'enchifrènement ; le pourtour des narines était rouge, la peau sèche et indurée présentait quelques pustules ; la muqueuse tuméfiée surtout du côté droit offrait une coloration lilas ; nulle part d'ulcération. — Le visage présentait çà et là de la rougeur, des excoriations et des squames sèches et fines ; sur le front les squames étaient molles, humides, un peu épaisses ; on

retrouvait sur le col et aux plis des bras de la rougeur, des excoriations; prurit intense surtout la nuit. Blépharite muqueuse à droite. Le traitement consista en boisson sulfureuse (eau de Pêcheur), bains, injections pendant le bain et pulvérisation chaque jour durant un quart d'heure, pour les fosses nasales; je fus obligé deux ou trois fois de suspendre la pulvérisation à cause de la fréquence de l'épistaxis.

*Résultat.* — Au bout de trois semaines, amélioration notable; la muqueuse des fosses nasales était bien moins tuméfiée et l'enchifrènement avait tout à fait disparu.

Dans cette observation, les lésions de la peau et des muqueuses (eczéma, blépharite, coryza) me paraissent devoir être placés sous la dépendance de la scrofule. Je n'ai pu, la première année, traiter directement le coryza; mais il est certain qu'une seule saison a déjà produit une amélioration des plus sensibles.

Observation IV. — *Rhinite chronique simple. — Traitement par la pulvérisation. — Amélioration notable.*

Madame I..., originaire du département des Basses-Pyrénées, 35 ans, constitution médiocre, tempérament lymphatique.

*Début.* — L'affection a débuté à l'âge de 18 ans. Madame I... a fait, il y a trois ans, une saison à Salies, où elle a subi la pulvérisation, mais sans succès.

*État actuel.* — Narines très-largement ouvertes, fosses nasales très-amples, pas d'odeur désagréable; la cloison est rouge et présente à sa partie postérieure de petites exulcérations, quelques pustules sur la muqueuse de la paroi externe; écoulement catarrhal très-abondant. Le traitement fut très-court. La malade ne séjourna que quinze jours à Saint-Christau.

*Résultat.* — L'amélioration est très-notable. Les pustules ont disparu, la rougeur de la cloison est bien moins marquée, les exulcérations sont en voie de cicatrisation, l'écoulement presque tari.

Dans cette observation les antécédents font tout à fait défaut ; cependant elle est intéressante parce qu'il s'agit là d'une affection fort ancienne (17 ans), caractérisée par un écoulement catarrhal abondant, de la rougeur, et des exulcérations sur les fosses nasales. Je n'ai pas entendu parler de cette personne depuis 1870, mais je suis sûr qu'avec une seconde saison elle se serait entièrement guérie.

Je dois ajouter que cette malade conduisait avec elle sa nièce, qui était atteinte également de rhinite chronique sans ulcération ; mais cette enfant ne fut pas soumise à la pulvérisation.

Parmi les malades de cette première catégorie se trouvent aussi deux personnes dont je me bornerai à dire quelques mots. La première était atteinte d'un polype muqueux ; la pulvérisation a eu pour effet, non pas d'agir sur le polype, mais de diminuer beaucoup l'enchifrènement et la sensation de gêne éprouvée par le malade. La seconde personne est un monsieur de Toulouse, porteur, depuis 5 ou 6 ans, d'une tumeur de la cloison du nez. Cette tumeur, située à $0^m,02$ de l'ouverture des narines, était très-dure, grosse comme une aveline, sans changement de couleur de la muqueuse. Sous l'influence de la pulvérisation, la tumeur, dans l'espace de 20 jours, diminua des trois quarts. Qu'il s'agisse là d'un kyste ou d'une hypertrophie de la cloison, le résultat obtenu n'en est pas moins remarquable. Je n'ai pas eu de nouvelles de ce malade.

## DEUXIÈME CATÉGORIE.

Observation V. — *Rhinite chronique avec ozène. — Amélioration notable.*

Mademoiselle X..., adressée par le docteur Gaume.

*Antécédents de famille.* — Père sujet depuis longtemps à une éruption de lichen pilaris et à du pityriasis capitis ; rien à noter sur les antécédents de la mère, qui n'existe plus.

Mademoiselle X... est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, elle est âgée de 14 ans.

*Début.* — 4 ans. Traitements variés, entre autres l'eau d'Enghien.

*État actuel.* — Écoulement mucoso-purulent par les deux narines, épistaxis fréquentes, *odeur de marécage*. Le côté droit, examiné avec le spéculum *nasi*, nous laisse voir de la rougeur et un état pointillé de la cloison, et très-profondément deux exulcérations ; sur le côté gauche une croûte épaisse, très-adhérente ; lorsque cette croûte a été enlevée on aperçoit, tant sur la cloison qu'à la face interne de la narine, de petites pustules acuminées.

*Traitement.* — Eau sulfureuse du Pêcheur, douches nasales à grande eau pendant 5 minutes avec l'eau des Arceaux, pulvérisation d'un quart d'heure tous les jours avec l'eau des Arceaux.

*Résultat.* — Amélioration notable. Examinée au spéculum, la muqueuse est d'un rouge violacé et ne présente plus l'état pointillé, ni de pustules ; l'écoulement nasal n'a pas diminué, mais l'odeur fétide ne se montrait plus que le matin.

J'ai revu l'honorable confrère qui m'avait adressé cette malade à Saint-Christau, et il m'a assuré que l'amélioration avait persisté.

Je ferai remarquer que chez cette jeune personne l'affection était fort ancienne, et que, malgré l'absence d'ulcérations à proprement parler, le nez exhalait une odeur très-désagréable. Il est à regretter qu'elle n'ait pu faire une seconde saison.

Observation VI. — *Rhinite chronique. — Ozène. — Amélioration notable.*

Mademoiselle X... (de Paris), 17 ans, constitution médiocre, tempérament lymphatique.

*Antécédents.* — Ni gourme, ni adénite dans l'enfance.

*Début.* — A l'âge de 4 ou 5 ans ; tous les hivers le nez rougit et grossit. Le côté droit n'est affecté que depuis un an. L'affection est caractérisée par un écoulement mucoso-purulent très-abondant, l'apparition fréquente de croûtes et

une certaine fétidité de l'haleine nasale ; jamais d'épistaxis ; l'odeur désagréable du nez n'est pas continuelle. Plusieurs saisons dans des eaux minérales, notamment à Luchon, ont produit de l'amélioration.

*État actuel.* — Pâleur, peu d'embonpoint ; narines évasées ; l'affection est surtout prononcée du côté gauche et principalement sur la cloison ; rougeur violacée ; la muqueuse est grisâtre, elle paraît comme macérée dans quelques points, un peu mamelonnée dans le fond, croûtes épaisses dans plusieurs endroits, nulle part d'ulcération ; à gauche, dans le fond, une bride muqueuse unit le cornet moyen à la cloison ; congestion du plancher des fosses nasales.

*Traitement.* — Mademoiselle X... resta à Saint-Christau une trentaine de jours, but de l'eau sulfureuse du Pêcheur, se soumit pendant trente jours à la pulvérisation et prit chaque jour des douches nasales pendant son bain, de dix minutes chaque fois.

*Résultat.* — Sous l'influence du traitement thermal, amélioration notable. L'écoulement nasal a beaucoup diminué, la rougeur est bien moins prononcée, l'état mamelonné n'existe plus, l'odeur a disparu. Dans cette observation comme dans toutes celles que je rapporte et qui s'accompagnent d'ozène, il n'y a pas, ou à peine, d'ulcération, et cependant on y retrouve dans toutes les signes classiques de l'ozène, à savoir l'écoulement mucoso-nasal plus ou moins intense et une odeur *sui generis*.

J'ai eu l'occasion, six mois après la saison, de revoir cette jeune malade et j'ai pu m'assurer que l'amélioration avait persisté : il n'y avait plus de fétidité, l'écoulement mucoso-purulent existait à peine, et la muqueuse toujours un peu épaissie n'était plus du tout violacée.

A côté de ces exemples d'amélioration notable, j'aurais voulu citer deux observations de malades adressés à Saint-Christau par mon excellent confrère et ami le docteur Constantin Paul ; ces deux personnes, le père et la fille, étaient affectés l'un et l'autre depuis longtemps d'ozène chronique sans ulcération ; ils firent à Saint-Christau une saison au

mois d'août 1874, et le résultat qu'ils obtinrent l'un et l'autre les avait déterminés à faire en septembre une seconde saison ; mais malheureusement une maladie accidentelle survenue chez le père les empêcha de donner suite à leur projet, et ne m'a pas permis de constater l'efficacité du résultat assez longtemps après la saison pour rapporter ici ces deux observations.

Observation VII. — *Rhinite chronique. — Ozène traité par la pulvérisation. — Guérison.*

Mademoiselle X..., de Madrid, 17 ans, constitution médiocre, tempérament lymphatique.

*Antécédents de famille.* — Sa mère, qui a épousé son cousin germain, a été atteinte d'ozène dans sa jeunesse et est affectée actuellement de surdité. — Père mort d'un rhumatisme avec complication cérébrale ; un frère de sa mère a une ostéite chronique du tibia. Le frère de mademoiselle X... est également atteint de coryza chronique mais sans odeur. L'affection date de l'enfance. Mademoiselle X... est bien constituée et d'un tempérament lymphatique, sujette à l'épistaxis ; au moment de son arrivée elle présentait de la rougeur des deux narines, croûtes épaisses, rougeur de la cloison et de la paroi externe ; l'air qui s'exhalait des narines avait une odeur de *marécage*, il n'y avait su la cloison que des exulcérations. La malade accusait de la chaleur dans le nez.

Mademoiselle X... fit à Saint-Christau trois saisons, pendant les années 1870, 1871 et 1872, au bout de la première saison l'amélioration fut considérable et se soutint presque tout l'hiver.

Au bout de la 3e saison, les fosses nasales ne présentaient ni rougeur, ni ulcération, l'odeur avait entièrement disparu.

Il est fâcheux que dans cette observation les antécédents personnels n'aient pas été notés, mais il est certain que cette jeune fille est issue d'une famille scrofuleuse, que son oncle a une lésion osseuse de nature scrofuleuse, et quant à

elle, son affection doit être de la même espèce ; il s'agissait là d'une rhinite chronique caractérisée par de la chaleur dans le nez, des épistaxis répétées, de la rougeur de la muqueuse, quelques exulcérations et une odeur fétide ; sous l'influence d'un traitement thermal général (eau sulfureuse en boisson) et local, (eau en injections et en pulvérisation), la maladie a complétement disparu comme lésion et troubles fonctionnels.

Observation VIII. — *Rhinite chronique.* — *Ozène.* — *Pityriasis circonscrit.* — *Guérison.*

Mademoiselle de X..., 20 ans. Constitution moyenne, tempérament lymphatique.

*Antécédents.* — Dans l'enfance, gourme à la région cervicale.

*Début.* — Plusieurs années ; écoulement catarrhal peu intense avec une légère fétidité, la dermatose date de sept mois.

*État actuel.* — Rougeur peu marquée à la face interne de la narine droite qui est humide ; légère rougeur de la peau du menton qui est couverte de squames fines, sèches, grisâtres ; même lésion sur le front.

*Traitement.* — Eau du Pêcheur (sulfureuse). Eau des Arceaux pendant le repas.

Mademoiselle X... prit 27 bains et fit seulement des injections avec l'eau ferro-cuivreuse des Arceaux.

*Résultats.* — Amélioration notable ; l'écoulement catarrhal a diminué, la fétidité de l'haleine nasale est disparue entièrement. J'ai eu l'occasion de revoir cette malade deux ans après ; la mauvaise odeur n'avait pas reparu, ni l'écoulement catarrhal ; bien que cette personne n'ait pas été soumise à la pulvérisation, comme sa lésion de nature herpétique s'accompagnait de fétidité de l'air expiré par le nez, et que j'ai eu l'occasion de la revoir, et par conséquent de m'assurer de la solidité de la guérison, j'ai cru que je pouvais mettre son observation à côté des rhinites chroniques avec ozène, traitées par la pulvérisation ; elle prouve d'ailleurs l'efficacité

de l'eau minérale par elle-même, puisque le traitement général, et des injections seules, ont pu guérir une affection déjà ancienne, et assez sérieuse, chez une jeune fille, à cause de l'odeur désagréable qu'elle donnait à l'haleine nasale.

Observation IX. — *Rhinite chronique avec ozène. — Guérison.*

Mademoiselle X..., 16 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique.

*Antécédents de famille.* — Mère affectée d'acné rosacea.

*Début.* — Il y a deux ans, à la suite d'une fièvre typhoïde ; l'affection est caractérisée par un écoulement très-abondant et une odeur des plus marquées.

*État actuel.* — La muqueuse des deux côtés est rouge, tuméfiée, humide, les narines obstruées par des croûtes ; odeur fétide (*de marécage*), de temps à autre épistaxis, souvent rougeur de la peau du nez.

Mademoiselle X... vint trois années de suite à Saint-Christau ; pendant l'hiver qui suivit la première saison, le résultat obtenu fut des plus encourageants : à la troisième saison la malade était guérie et ne venait que par reconnaissance ; l'écoulement catarrhal, la mauvaise odeur avaient entièrement disparu ; il ne restait de l'affection ancienne qu'une tendance du bout du nez à devenir rouge ; le spéculum nasi permettait de constater à gauche une légère rougeur de la muqueuse qui était un peu turgescente ; à son départ, tous ces phénomènes avaient disparu.

*Traitement.* — Pendant chaque saison thermale, cette jeune personne prit vingt bains, but de l'eau sulfureuse du Pêcheur, fit des injections dans les fosses nasales et subit la pulvérisation. Cette malade, qui m'avait été adressée par un médecin de ses parents, a éprouvé du traitement hydrothermal le résultat le plus satisfaisant, puisque je pouvais la considérer comme guérie lors de son départ ; d'ailleurs, j'ai su que la guérison s'était maintenue depuis deux ans, époque à laquelle elle vint pour la dernière fois à Saint-Christau.

J'ai rapproché à dessein ces trois cas de véritable ozène, à cause de leur ressemblance comme symptômes : écoulement catarrhal, fétidité et absence d'ulcération; enfin, parce que dans les trois cas, j'ai pu m'assurer de la guérison définitive.

On n'a pas tous les ans l'occasion de revoir les mêmes malades dans les établissements thermaux, et comme ils viennent généralement de loin, ce n'est que par hasard ou par les médecins qui les ont adressés qu'on peut avoir des nouvelles d'eux et savoir s'il y a eu récidive ou guérison. Ce fait explique pourquoi ce mot de *guérison* se rencontre rarement dans les observations sérieuses émanant des cliniques thermales. Il faut ajouter aussi que pour toutes les affections chroniques, qui sont presque toujours l'expression symptomatique d'une diathèse, et la rhinite chronique n'échappe pas à cette loi; pour les affections chroniques, un traitement pendant une saison thermale est presque toujours insuffisant; que l'on se rappelle, en effet, que les malades qui sont aux eaux sont toujours pressés d'en finir avec leur traitement, qu'ils vous accordent à grand peine les vingt et un jours de rigueur, sans compter les journées qu'ils consacrent à se promener et à visiter les environs, se figurant qu'en prenant dans la matinée la quantité réglementaire de verres d'eau fixée pour la journée, ils peuvent achever leur cure loin de l'établissement thermal.

Pour terminer, en un mot : aux maladies chroniques il faut des remèdes chroniques, et les établissements d'eaux minérales ne voient s'opérer de vraies cures qu'avec le temps. Les eaux miraculeuses n'existent que dans certains prospectus, et ce qui se met à la quatrième page des journaux n'est pas à l'adresse des médecins.

*Conclusions.* — La rhinite chronique ou coryza simple, ulcéreux ou non ulcéreux, est une affection gênante, incommode, pénible et dégoûtante; les modes de traitement ordinaire améliorent l'affection, mais la guérissent rarement; les substances les plus habituellement employées agissent comme désinfectantes et comme modificatrices. Le procédé de la pulvérisation, combiné avec les douches à grande eau et appliqué à une eau froide, peu minéralisée, mais renfer-

mant des substances astringentes et cicatrisantes, me paraît rationnel et efficace, par la raison qu'il exerce sur la pituitaire une action désinfectante et modificatrice; cette méthode, encore peu employée, a produit sous mes yeux d'heureux résultats qui, bien que peu nombreux encore, m'ont paru dignes d'être soumis à l'appréciation de mes confrères.

---

## DE L'AMYGDALOTOMIE.

Par M. le docteur **de Saint-Germain.**

(Leçon faite à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.) (*Suite.*)

Nous avons dit qu'il y a trois variétés principales d'amygdales :

1° Les amygdales à base d'implantation étroite, simplement hypertrophiées qui peuvent être enlevées facilement au moyen de l'amygdalotome.

2° Les amygdales sessiles, pour l'ablation desquelles l'amygdalotome peut encore être employé; je crois pourtant qu'on les enlèvera plus complétement avec le bistouri.

3° Enfin, les amygdales enchatonnées ou bilobées, pour lesquelles je repousse absolument l'amygdalotome. Celles-ci ne sont justiciables que du bistouri.

Examinons maintenant l'amygdalotomie au point de vue opératoire. Premier conseil : N'enlevez que les amygdales qu'il vous est absolument impossible de conserver, et ordonnez toujours autant que faire se pourra, même dans les cas d'hypertrophie considérable, des gargarismes astringents, des badigeonnages au jus de citron et à la poudre d'alun. Vous y gagnerez de voir assez souvent les amygdales diminuer notablement de volume, et, dans tous les cas, sans exception, ces glandes se durcir, se condenser pour ainsi dire sous l'influence de ce traitement ; de cette façon leur ablation deviendra beaucoup plus facile. N'enlevez jamais d'amygdales enflammées ; c'est dans ce cas surtout que l'hémorrhagie est à craindre, ainsi que la déchirure de la glande ; et soyez surtout très-réservés dans l'application de l'amygda-

lotomie aux sujets de 12 à 16 ans. Il est en effet certain qu'au moment de la puberté les amygdales subissent très-souvent un retrait considérable. En cela, elles suivent la loi relative à un grand nombre d'affections des adolescents, les polypes nasopharyngiens entre autres. M. Gosselin et M. Legouest ont insisté sur ce fait, et ils recommandent de n'employer qu'un traitement palliatif, à moins d'accidents qui nécessitent une intervention immédiate.

Il faut donc faire bénéficier les malades de cette circonstance ; car il ne faut pas oublier que toute opération inutile est une opération dangereuse.

N'enlevez jamais les amygdales comme on le fait souvent à tort sans un examen préalable ; et autant que possible, quand vous serez requis par un médecin pour pratiquer cette opération, demandez à examiner avec soin la gorge dans une première visite. Le malade qui ne craindra pas l'opération immédiate se laissera examiner avec plus de docilité, et vous agirez ensuite avec parfaite connaissance de cause.

Vous avez résolu l'opération ! Comment allez-vous procéder ? Munissez vous toujours d'un ou de deux amygdalotomes, d'un bâton de bois blanc de la grosseur du pouce et de vingt-cinq centimètres de long qui vous servira de bâillon ; de pinces et de bistouris boutonnés. Nous reviendrons tout à l'heure sur le choix de ces divers instruments.

Un aide vous est indispensable ; tâchez même de vous en procurer deux. On a l'habitude de faire croiser au petit malade les bras sur la poitrine, et de les envelopper en les serrant à l'aide d'une serviette dont les deux chefs supérieurs viennent s'attacher derrière le cou et les deux inférieures se rejoignent derrière le dos. Ce mode de déligation est souvent insuffisant, et pour peu que le malade soit vigoureux, il peut encore se livrer à des contorsions fort gênantes. Je préfère de beaucoup, ce qui ne dispense pas de la serviette, commencer par rapprocher les coudes en arrière, et les maintenir dans cette position à l'aide d'un mouchoir ou d'une bande. Vous paralysez ainsi toute résistance de ce côté. Nous arrivons à l'immobilisation des membres inférieurs. La situation classique est la suivante : L'aide

unique de l'opérateur, assis sur une chaise, place l'enfant entre ses cuisses et ramène en les croisant ses jambes autour du petit malade, qui se trouve le plus souvent maintenu immobile à l'aide de ce moyen. En même temps il presse fortement contre sa poitrine la tête de l'opéré en lui appliquant la main gauche sur le front, et de la main droite il tient ferme le bâillon destiné à maintenir les mâchoires écartées. C'est beaucoup de travail pour un aide le plus souvent inexpérimenté, et j'ai vu plusieurs fois, à la suite des efforts du patient et du relâchement des sphincters qui en résultait, le malheureux aide se trouver fort mal de ce rapport immédiat. Je préfère, pour beaucoup de raisons, que l'enfant soit placé directement sur une chaise ou sur un fauteuil. Choisissez un siége massif qui se déplace difficilement et surtout à dossier peu élevé. Vous asseyez le sujet les jambes écartées, et à l'aide d'une bande ou d'un mouchoir, vous fixez les genoux et les pieds en engageant ceux-ci derrière les montants. Votre aide, placé debout derrière la chaise, n'a plus à s'occuper que de la tête et du bâillon. La déligation peut même être poussée beaucoup plus loin dans les cas difficiles, et je me rappelle avoir vu mon maître, Maisonneuve, mener à bien dans son cabinet, avec mon seul concours, une amygdalotomie qui paraissait impraticable. Le sujet à opérer était une vigoureuse jeune fille de 18 ans, qui opposait à toute tentative une résistance invincible. Après plusieurs essais infructueux, Maisonneuve la fit asseoir sur une chaise basse et, permettez-moi l'expression, la ficela littéralement sur ce siége, jambes, bras et tronc. Je me chargeai alors de maintenir la tête, et l'opération se termina très-heureusement.

Voilà donc le malade immobile et l'aide à son poste. Le plus souvent, grâce à l'inconscience de ce qui va lui arriver, l'enfant ouvre la bouche; vous profitez de la circonstance pour engager transversalement entre les grosses molaires du côté opposé à l'amygdale que vous allez attaquer, l'extrémité d'un bâton de bois blanc dont je vous ai donné les dimensions et qui vous servira de bâillon.

Ce moyen, qui m'a été donné par M. Marjolin, est excellent, et je le préfère, à cause de son innocuité, à tous les dilata-

teurs, les bâillons métalliques et autres glossocatoches, qui éraillent la muqueuse buccale, cassent les dents, etc. Le bâillon placé est confié à l'aide, qui doit le maintenir horizontalement. Le chirurgien, sûr de ne pas être mordu, introduit l'index de la main gauche sur la base de la langue et la déprime fortement. Cette manœuvre a pour but de faire saillir l'amygdale et d'élargir le champ dans lequel vont manœuvrer les instruments. Emploie-t-il l'amygdalotome, et je vous conseille toujours dans ce cas l'instrument à une seule main, il le glisse à plat sur son index et le relève lorsqu'il arrive au niveau de l'amygdale, qui vient s'engager d'elle-même dans la lunette. Il appuie alors très-fortement sur elle pour la faire engager davantage, et lorsqu'il en voit un segment notable faire saillie en dedans de l'instrument, il pousse doucement la fourchette. Continuant le mouvement, il force la fourchette à se développer et à augmenter l'engagement de l'amygdale. Ce résultat obtenu, il attire la guillotine et sectionne tout ce qui dépasse la lunette. Il retire alors son instrument comme il l'a introduit, c'est-à-dire horizontalement, et le fait doucement sortir de la bouche. Doit-il s'occuper immédiatement de l'autre amygdale, en tant qu'il soit nécessaire de les enlever toutes les deux? On considère avec raison la réintroduction de l'instrument comme fort difficile, si difficile même que Guersant avait coutume de procéder par intimidation, en criant à l'enfant qu'il allait étouffer s'il n'ouvrait aussitôt la bouche, et que M. Chassaignac conseille de fixer les deux amygdales avant de les sectionner. Le moyen suivant moi le plus simple est de n'en sectionner qu'une, et de remettre l'ablation de l'autre à huitaine. On évite de cette façon une lutte pénible dans laquelle on a contre soi une hémorrhagie toujours assez abondante pour masquer la seconde amygdale et empêcher de manœuvrer à l'aise, et de plus, il est possible que la disparition des accidents qui ont nécessité l'intervention rende inutile l'ablation de la seconde amygdale. J'ai décrit l'amygdalotomie à l'aide de l'instrument spécial, et je vous conseille de vous en servir dans les cas très-faciles, c'est-à-dire quand vous aurez affaire à des amygdales arrondies, bien

saillantes, non bilobées, non friables, et quand l'isthme du gosier sera assez large pour vous permettre d'installer votre lunette. Dans tous les autres cas, n'hésitez pas à employer la pince et le bistouri. J'ai une certaine expérience de ce procédé, que j'applique volontiers dans toutes les circonstances et dont j'ai toujours eu à me louer, puisque sur plus de deux cents amygdalotomies, je ne compte que deux insuccès, encore peut-on les attribuer au très-jeune âge des enfants et à l'étroitesse extrême de l'isthme du gosier. La différence comme préparatifs est nulle; elle ne commence qu'à partir du moment où le chirurgien vient de placer le doigt sur la base de la langue. Il saisit de la main droite une longue pince, que je vous recommande, et que l'on nomme pince à cadre. Avec cette pince, munie d'une crémaillère, on saisit fortement l'amygdale ; et elle a l'immense avantage de ne présenter aucune aspérité, ce qui permet de la promener dans l'arrière-gorge avec une entière sécurité.

La pince à érigne de Robert peut déchirer l'amygdale et s'accrocher aux parties avoisinantes dans les mouvements de déglutition. Un des mors de cette pince est engagé comme une cuiller sous l'amygdale à enlever, l'autre s'applique sur la partie supérieure ; on les rapproche alors en exprimant, pour ainsi dire, l'amygdale, et on les fixe à l'aide du cran d'arrêt. L'amygdale ainsi saisie ne peut ni s'échapper ni se déchirer. Il est facile de la porter, par une simple traction, en haut et en dedans, et d'engager sous elle, par un mouvement doux que je comparerais volontiers à un cathétérisme, le bistouri boutonné en forme de faucille recourbée sur le plat. J'ai adopté pour tous les cas cet instrument, dont la forme rappelle exactement la description de celui de Paul d'Egine. Le bistouri en place, le chirurgien sectionne l'amygdale de bas en haut par plusieurs mouvements de scie, qu'il dirige d'autant plus lentement qu'il se rapproche de la partie supérieure de l'amygdale, et par suite du voile du palais, et en suivant comme un conducteur le bord externe de la pince à cadre. Dans le but de ménager absolument le voile du palais, on terminera la section en inclinant le bistouri de façon à lui donner une direction presque paral-

lèle à la surface de la langue. Il est bien entendu que par ce procédé il est nécessaire de se servir, pour l'amygdale gauche, de la main droite pour manier le bistouri, et de la main gauche pour l'amygdale droite. On triomphe aisément de cette petite difficulté, puisque tous mes internes ont opéré facilement ainsi après un ou deux essais. La mise en place de la pince à cadre se fait invariablement à l'aide de la main droite, puisqu'on a la facilité, lorsque l'amygdale est saisie, de changer de main pour opérer la traction suffisante.

Je ne répéterai pas tout ce qui a été dit dans le parallèle plus ou moins équitable établi de tout temps entre l'amygdalotomie à l'aide du bistouri, et l'amygdalotomie avec la guillotine, parallèle que l'on peut résumer ainsi : — Le bistouri est moins douloureux. L'amygdalotome expose moins à blesser les piliers et le voile du palais. — Le bistouri agit plus lentement. — Il est plus facile à manier que l'amygdalotome dans un isthme un peu étroit. — En cas d'enchâtonnement l'opération par l'amygdalotome est impraticable.

Je ne veux relever que la dernière de ces propositions très-contestables. Il est certain que dans tous les cas difficiles où l'amygdalotome ne pourra servir, le bistouri sauvera la situation ; à plus forte raison dans les cas simples. A quoi bon alors un instrument spécial, puisque la pince et le bistouri peuvent servir indistinctement dans tous les cas ? C'est dans cette idée que je me sers exclusivement aujourd'hui de ces deux instruments qui se trouvent partout. On aurait cependant mauvaise grâce à repousser absolument l'amygdalotome, qui a rendu des services, qui a conquis droit de cité et qui, chose importante pour sa vulgarisation, inspire aux praticiens moins de crainte que le bistouri. Nous verrons tout à l'heure jusqu'à quel point cette sécurité n'est pas trompeuse. L'amygdale enlevée, quels sont les soins à donner à l'opéré ? Faites gargariser l'enfant avec du jus de citron ou du vinaigre étendus d'eau et recommandez de ne donner que des aliments peu consistants.

Un mot maintenant des accidents consécutifs. 1° L'hémorrhagie. Sans compter, à cause de son extrême rareté, la blessure de la carotide interne mentionnée par Bélard, Tenon,

Burns et Barclay, on a vu des cas d'hémorrhagie foudroyante fournie par les vaisseaux propres à l'amygdale, cités par Champion et Thompson. Y avait-il là cette prédisposition propre à certains individus ou les amygdales avaient-elles été sectionnées en pleine période inflammatoire? c'est ce que nous ne saurions dire. Nélaton cite un cas d'hémorrhagie 36 heures après l'opération. A. Bérard, Guersant, Saint-Yves, en ont observé au 2ᵉ et au 4ᵉ jour. L'hémorrhagie une fois bien constatée sera combattue à l'aide des gargarismes glacés et acidulés ; on pourra employer le collier de glace ou maintenir des morceaux de glace sur place à l'aide d'une pince, comme le recommande Chassaignac. La compression digitale, l'eau de Rabel, le perchlorure, le fer rouge enfin ont aussi donné de bons résultats. Signalons en passant la pince d'Hervez de Chégoin et le compresseur de Hatin, et gardons pour ressource extrême la compression, voire même la ligation de la carotide primitive, si par hasard on avait affaire à une lésion de la carotide interne.

2° L'hématémèse. Sept à huit heures après l'opération l'enfant vomit quelquefois du sang, qu'il a avalé pendant l'opération ; on peut même observer du mélæna : Rien de particulier à faire.

3° La fièvre. Très-rare à l'état de complication sérieuse.

4° La blessure des piliers, de la base de la langue, voire même de la lèvre supérieure, sont des accidents qui ne sont pas encore aussi rares qu'on pourrait le penser. Ils ne présentent heureusement que peu de gravité.

5° La rupture de l'anneau sécateur, observé deux fois par Chassaignac, une fois par Maisonneuve, pourrait avoir une extrême gravité si le fragment tombait dans le larynx ou dans l'œsophage, c'est encore une raison pour préconiser l'emploi du bistouri.

Quant à la diphthérite, qui peut être consécutive à l'amygdalotomie, c'est une complication qui ne relève pas de l'opération, et il faut se garder de confondre avec des fausses membranes l'état grisâtre de la plaie qu'on observe vers le troisième jour de l'opération.

---

# RHINOSCOPIE,

par M. le docteur **Krishaber.**

(Leçon faite à sa clinique.)

(*Suite.*)

Czermak, et, depuis lui, bon nombre de praticiens ont employé des miroirs d'inspection à tige très-grosse, celle-ci faisant office de spatule. Nous faisons nous-mêmes usage d'un miroir-spatule qui a son utilité dans les opérations; lorsqu'il s'agit d'inspection, le plus pratique sera cependant toujours de se servir d'une spatule indépendante maniée par l'opérateur ou le malade lui-même. Le contact de deux instruments sollicite, il est vrai, assez souvent la salivation, et il se forme des bulles d'air au niveau du miroir ou dans la cavité pharyngo-nasale elle-même; mais ce sont des inconvénients qui disparaissent peu à peu à mesure que s'acquiert l'habitude du malade. Sans contester l'utilité relative des miroirs spatule, il est préférable de s'en passer, le malade lui-même pouvant être exercé à maintenir sa langue dans la position exigée pour l'examen. Nous y reviendrons dans un instant.

Czermak, et après lui, Wagner et Voltolini, ont essayé de se servir de doubles miroirs pour la rhinoscopie; nous n'essayerons pas de décrire ce procédé d'examen qui n'a fourni que des résultats bien problématiques et dont le moindre inconvénient est de donner des images deux fois renversées, l'un des miroirs se réfléchissant dans l'autre. Il suffira d'avoir mentionné ces tentatives, faites aussi pour inspecter la face laryngée de l'épiglotte, qui, soit dit en passant, peut être très-bien vue sans cette superfétation opératoire. Nous citerons aussi pour mémoire, et à la même occasion, les examens rhinoscopiques de Czermak, qui consistent à éclairer d'une vive lumière, après mise en place du miroir d'inspection, non pas celui-ci même, mais bien la région nasale. C'est l'examen *par transparence*. Il est resté stérile jusqu'à ce jour.

Il faut en général une lumière plus intense pour la rhinoscopie que pour la laryngoscopie ; le larynx est parfaitement visible à une faible lumière, mais il en est tout autrement de la cavité pharyngo-nasale, qui, en raison de son étroitesse, en raison aussi de la petitesse du miroir d'inspection, n'est pas aussi facilement éclairée que le larynx. On se servira donc d'une lampe puissante pour réfléchir la lumière ; mieux vaut munir la lampe de verres condensateurs, ou bien, ce qui est infiniment préférable, employer la lumière de Drummond. Il est inutile de dire qu'aucun moyen d'éclairage artificiel ne peut remplacer l'immense avantage que donne pour l'examen un rayon de soleil qui seul montre les parties sous leur vraie couleur. Nous ne pouvons donc nous associer à l'opinion de Semeleder, qui déconseille de se servir de la lumière solaire parce qu'on ne peut en disposer toujours, ce qui, selon cet auteur, conduirait à des erreurs d'appréciation dans les cas où on est réduit à la lumière artificielle. C'est certainement le contraire qui est exact ; l'observateur appréciera d'autant mieux les images obtenues et distinguera d'autant plus facilement ce qui est normal de ce qui est pathologique, qu'il aura fait plus souvent ses constatations à la lumière du soleil. Il est peu aisé cependant de se servir de ses rayons directs à d'autres moments que lorsque l'astre se trouve sur l'horizon ; à tout autre instant du jour, il faut des réflecteurs ou, ce qui vaut mieux, un heliostat. Ce dernier appareil, malgré l'avantage qu'il présente comme compensateur des déplacements graduels des rayons du soleil, ne se généralisera pas aisément, eu égard à l'embarras de son installation et à son prix élevé. Le miroir concave a un foyer trop chaud ; le plus simple est donc de se servir d'un miroir plan pour réfléchir la lumière.

Divers moyens ont été employés pour fixer le réflecteur. On l'a appliqué à des lunettes (Semeleder) ; à une tige serrée entre les dents (Czermak, premiers essais laryngoscopiques) ; on l'a attaché au siége du malade (Türck, Bruns), au front de l'observateur, soit au moyen de la lunette de Semeleder, soit au moyen d'un bandeau élastique. C'est cette dernière pratique qui est la plus répandue ; elle est de beaucoup la

plus commode lorsqu'on se sert de lumière réfléchie. Nous ne ferons ici la description ni de ces instruments ni des laryngoscopes à lumière directe (Moura, Mandl, Krishaber), connus de tout le monde et que nous avons eu nous-mêmes déjà l'occasion de décrire en détail. (Voy. *Dictionn. encyclop. des sciences méd.* LARYNGOSCOPIE.)

Nous rappellerons seulement que lorsqu'on se sert de lumière réfléchie, le foyer lumineux doit se trouver derrière le malade, et un peu de côté à sa droite, lorsqu'on veut examiner le côté droit de la cavité pharyngo-nasale, et à gauche du malade pour inspecter le côté gauche.

Il est presque inutile de dire que l'on expérimentera dans une chambre obscure, ce qui a plus d'importance pour la rhinoscopie que pour la laryngoscopie.

La situation respective entre l'observateur et le patient sera différente de celle nécessitée par l'examen du larynx. Nous savons que dans ce dernier mode opératoire, le malade est assis sur un siége plus bas que l'opérateur; dans l'examen rhinoscopique c'est l'inverse qui a lieu. Cette circonstance permet de mettre le malade directement en face d'un foyer lumineux placé derrière l'opérateur, ce qui est un avantage incontestable lorsque, par exemple, on peut profiter des rayons du soleil sur l'horizon. L'examen rhinoscopique peut se faire alors debout; il suffit de se placer de façon à ce que les yeux de l'opérateur soient au niveau de la bouche de l'opéré.

Les enfants se tiennent de préférence debout, l'opérateur étant assis devant eux.

Au lieu de tirer la langue hors la bouche comme cela a lieu pour la laryngoscopie, le patient sera invité à la retirer dans le fond en l'applatissant contre le plancher de la bouche. Avec un peu d'exercice les malades y parviennent aisément; le mieux est dans cette circonstance de procéder par voie d'imitation: l'opérateur en faisant le simulacre sur lui-même, montre la position à donner à la langue, ce qui est aussitôt compris et en général facilement imité. Dans les cas où on ne pourrait cependant pas obtenir cet effacement particulier de la langue, à cause de son épaisseur, ou par une

indocilité particulière, on l'aplatira au moyen de la petite spatule dont nous avons déjà parlé et qui sera introduite profondément afin de déprimer la base de la langue qui dans l'espèce est la partie la plus gênante. Il faut chauffer la spatule avant de l'appliquer sur la langue, l'impression du froid produisant facilement des contractions.

En général il est préférable de ce servir d'instruments non-métalliques, la cavité buccale se révoltant aisément contre l'attouchement du métal soit en raison de sa trop bonne conductibilité soit simplement à cause de la dureté de son contact.

Voltolini a adopté le procédé de Czermak, d'introduire par le nez une sonde métallique pendant l'examen rhinoscopique; il ne saurait dit-il, assez le recommander, la sonde contribuant d'une part à l'éclairage de la cavité pharyngonasale par son éclat, et servant, d'autre part, de guide pour s'orienter facilement. Il a soin toutefois d'éviter les attouchements du voile du palais. En cela il se trouve en opposition avec Czermak qui introduisait par le nez une sonde de Belloc, dont l'extrémité libre repoussait le voile du palais en avant et en haut afin d'agrandir l'espace situé derrière lui.

La plupart des auteurs recommandent, d'après Czermak, de faire proférer au patient un son nasal pendant l'examen; de préférence, les syllabes prononcées à la française de *an* ou *on*. Nous ne suivons pas, quant à nous, cette indication : il est aisé de se convaincre que le voile du palais s'abaisse très-brusquement pendant l'émission d'un son franchement nasal, et qu'il recouvre alors complétement le miroir d'inspection. D'une autre part, il ne nous semble pas possible d'indiquer une règle unique apte à faciliter l'examen dans tous les cas. Très-souvent la respiration buccale très-profonde, comme si le malade voulait bailler, produit un abaissement modéré du voile du palais; d'autres fois, pour obtenir le même résultat, nous recommandons au patient de faire une inspiration par le nez comme s'il voulait sentir une odeur, ou ce qui vaut mieux encore, nous l'engageons à porter réelle- à son nez un mouchoir préalablement humecté de quelques gouttes d'un liquide parfumé. Comme la bouche est grande

ouverte, il n'y a qu'une très-faible colonne d'air qui passe par le nez, l'air pénétrant beaucoup plus aisément par la bouche; mais le voile du palais n'en est pas moins légèrement abaissé, et le champ visuel se trouva agrandi. Dans ce cas c'est pendant l'inspiration nasale, et non pendant l'expiration que l'image est le mieux saisie. Il est presque inutile de dire qne l'inspiration buccale ne donnerait pas le même résultat. En effet, il est aisé de constater que, si pendant l'inspiration nasale le voile du palais s'abaisse, l'inspiration buccale, au contraire, nécessite la contraction, et consécutivement le relèvement du voile du palais qui, à ce moment, obture la portion du pharynx située au-dessus de lui. Il faut ordinairement plusieurs tentatives avant qu'on puisse faire respirer par le nez un individu qui a la bouche ouverte.

Parfois, les attouchements du voile du palais produisent sa projection en avant ; c'est là une condition très-favorable à l'application du miroir d'inspection, application qui devient toujours d'autant plus facile que le voile du palais est plus éloigné de la partie postérieure du pharynx ; mais le contraire arrive également : le contact du voile du palais rejette cet organe, ainsi que la luette, tout à fait en arrière, rétrécissant ainsi le champ d'application du miroir. Dans ce cas il faut se servir d'instruments pour saisir la luette, et ramener en avant le voile du palais.

A cet effet, Czermak avait imaginé l'appareil que nous avons déja mentionné au début de cette conférence, c'était le miroir muni d'un crochet pouvant être manié d'une seule main. Il se servait aussi d'une tige métallique, terminée par une anse en forme de crochet. Ce second instrument plus pratique que le premier a l'inconvénient cependant de permettre à la luette de glisser, et d'échapper par conséquent. Pour y obvier, Voltolini conseille d'entourer l'anse de fil de chanvre ou de la tapisser avec de l'amadou. Cette petite modification a son utilité en rendant l'anse moins glissante, mais il est nécessaire que — dans un but de propreté facile à comprendre, — l'amidon et le fil soient retirés et changés pour chaque malade, ce que l'on peut faire en les détruisant par la flamme.

On a proposé de tant de côtés des modifications a l'anse de Czermak que nous ne saurions songer à les décrire ; ce sont ceux de Türck, Stoerck, Moura, Löri, Mackenzie, Duplay. Il est utile de dire que lorsqu'on se sert de ceux de ces instruments qui forment pinces, il ne faut saisir que le bout libre de la luette qui est beaucoup plus tolérante au toucher que le reste de son étendue. La légère tuméfaction de la luette qui se produit par l'étranglement dues de ces instruments qui se terminent en pince, est complétement insignifiante.

Nous admettons volontiers que tous ces instruments peuvent avoir leur utilité dans des cas isolés, mais il n'en est pas moins vrai que pour la rhinoscopie ainsi que pour la laryngoscopie, le meilleur moyen pour arriver au but, est d'obtenir la tolérance du patient par l'habitude; de même que le plus court chemin pour acquérir la dextérité nécessaire à l'examen, est de pratiquer l'auto-rhinoscopie.

En supposant le miroir d'inspection posé en place et bien éclairé, l'opérateur prendra pour point de repère le cornet moyen, lorsque le miroir est posé sous la voûte du pilier postérieur, et la cloison des fosses nasales, lorsque le miroir se trouve directement derrière la luette.

Pour se bien représenter les images rhinoscopiques, il faut se figurer devant les yeux la région anatomique telle qu'elle se présenterait à une coupe faite suivant l'axe longitudinale du corps de l'homme, en supposant enlevée toute la paroi postérieure du pharynx depuis la voûte du crâne jusqu'au bord inférieur du larynx. Il est presque inutile de dire qu'il serait impossible de saisir sur le vivant tout l'ensemble des détails. Nous avons mentionné aussi plus haut que, suivant les positions du miroir, les images rhinoscopiques apparaissent plus ou moins en raccourci. Cela a lieu surtout pour les portions supérieures de la cavité pharyngo-nasale.

Images rhinoscopiques.

En plaçant le miroir sous la voûte d'un des piliers postérieurs, sa face réfléchissante tournée en avant et légèrement en haut, on aperçoit la face postérieure du voile du palais

et de la luette ; et lorsque le malade a acquis l'habitude de relâcher le voile du palais, il n'est pas rare de voir son point d'insertion au palais. Au même moment devient visible la cloison des fosses nasales. Cette cloison est le plus souvent légèrement inclinée à gauche ; elle est plus mince dans sa portion inférieure, qui est jaunâtre, que dans sa portion supérieure, qui est d'un rouge foncé. Le méat inférieur n'apparaît plus que sous l'aspect d'une ligne noire horizontale qui n'en indique que l'entrée. Le cornet inférieur est souvent masqué par la voûte du voile du palais ; il est le mieux visible par la position du miroir se rapprochant le plus possible de la verticale ; il faut en outre fixer le miroir sur sa tige presqu'à angle droit. Les cornets inférieurs restent beaucoup plus éloignés de la ligne médiane, par conséquent de la cloison, que les cornets moyens. Ceux-ci sont les parties de l'image rhinoscopique les plus faciles à explorer. Étant au milieu du champ visuel et s'imposant en quelque sorte à la vue de l'observateur, c'est le cornet moyen qui doit servir de point de repère — nous l'avons déjà dit — pour l'exacte interprétation de ce que l'on voit. Ce cornet a la forme d'une massue irrégulière à grosse extrémité tournée en bas et en dedans ; la muqueuse qui le recouvre, ainsi que du reste les autres cornets, est plus pâle que celle des parties environnantes. Le volume du cornet moyen est sur quelques individus très-saillant ; il peut l'être au point de donner lieu à des interprétations erronées : M. Mackenzie raconte qu'un chirurgien de Londres lui a présenté un malade qu'il venait d'examiner au rhinoscope et sur lequel il se proposait d'enlever deux polypes implantés à l'orifice des arrière-narines, polypes qui n'étaient autres que les deux cornets moyens, particulièrement volumineux. Si ce fait est exceptionnel, il n'est pas rare au contraire que les cornets moyens par leur volume masquent plus ou moins complétement les cornets supérieurs. Qu'on veuille bien réfléchir que l'observateur est placé de champ en face du patient, et qu'il regarde de bas en haut de façon à ce que la saillie formée par le cornet moyen, lorsqu'elle est considérable, cache complétement la vue du cornet supérieur correspondant.

Dans les cas où le cornet supérieur est visible, il apparaît sous forme d'une éminence irrégulièrement triangulaire dont la base est dirigée en haut, en dehors et en avant.

Le méat moyen paraît arrondi vers la paroi extérieure de la fosse nasale, assez spacieuse en ce point, s'effaçant en dedans, et devenant linéaire d'aspect en se rapprochant de la ligne médiane. Le plus large des trois méats, lorsqu'il apparaît dans l'image, est le méat supérieur.

A côté et en dehors du cornet inférieur, dont la muqueuse grisâtre tranche assez vivement sur le rose foncé de la face postérieure du voile du palais, on distingue le bourrelet épais et rouge qui entoure l'orifice interne de la trompe d'Eustache. Cet orifice est tourné en bas et en dehors ; son bord postéro-supérieur paraît taillé en biseau ; son bord inférieur est limité en bas et en dedans par une saillie de la muqueuse, son bord supérieur par une dépression. On constate fréquemment de la mucosité jaunâtre au niveau de l'orifice de la trompe, et lorsque même il n'en existe point, la muqueuse est jaunâtre en ce point à cause de la translucidité du cartilage.

Les rapports du pavillon de la trompe d'Eustache avec les parties qui l'environnent sont loin d'être invariables ; il en est de même de son volume. Le plus souvent son orifice apparaît dans l'image à un niveau plus élevé que le méat inférieur ; mais cependant quelquefois c'est tout à fait le contraire qui a lieu. L'épaisseur du bourrelet varie du simple au triple et peut-être au delà, suivant les individus.

En exagérant un peu la position latérale du miroir, nécessitée pour l'inspection de la trompe d'Eustache, on peut apercevoir parfois, plus en arrière et en haut, les fossettes de Rosenmüller.

Plaçant le miroir de façon à se rapprocher le plus possible de l'horizontale, on parvient quelquefois à distinguer la portion de la base du crâne qui forme la paroi supérieure du pharynx. On n'ignore pas que dans ce point la muqueuse tapisse directement la base du crâne sans couche sous-jacente intermédiaire ; il s'ensuit une espèce d'enfoncement de la surface en forme de sillon, dans lequel séjournent fréquemment des

mucosités qui pourraient facilement être prises pour un produit pathologique. Voltolini, qui a appelé l'attention sur ce point, y a constaté une fois un pli longitudinal de la muqueuse qui parcourait tout le sillon (1).

Nous allons compléter notre description par une mention au sujet de l'examen des narines et des fosses nasales d'avant en arrière.

L'examen des narines qui consiste à déprimer un peu l'extrémité du nez pour élargir les orifices est la plupart du temps incomplet et ne donne qu'une vue très-restreinte ; le spéculum nasi permet de plonger la vue bien plus profondément. Diverses modifications ont été proposées au spéculum classique bivalve, que tout le monde connaît. Markusowky (de Pesth), qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, se sert d'un spéculum à valves extrêmement longues, et Wertheim (de Vienne), propose un instrument un peu compliqué auquel il donne le nom de conchoscope. Un simple spéculum en bec de canard nous semble préférable. Après avoir coupé les poils du nez, s'il en existe, ce spéculum est introduit doucement, et ses deux valves sont écartées progressivement. En projetant alors dans les narines un faisceau lumineux provenant d'un réflecteur troué au milieu, on obtient une image très-distincte à l'exception des sinuosités supérieures, qui dans la plupart des cas, restent invisibles. Voltolini, pour inspecter la totalité des cavités, introduit de petits miroirs dans les narines. Nous n'avons pas pu, quand à nous, constater l'utilité des miroirs employés de cette façon, malgré l'essai que nous en ayons fait ; ces miroirs sont trop petits pour donner une lumière suffisante. Par contre, en appliquant le principe de l'endoscope de M. Desormaux on parvient aisément à éclairer les plus grandes portions des narines et des fosses nasales, mais le champ de vision de cet instrument étant fort étroit il faut le déplacer beaucoup pour embrasser une surface quelque peu étendue.

(1) Une figure explicative des images rhinoscopiques sera annexée au prochain numéro.

# ANALYSES.

## La tuberculose de l'oreille interne et moyenne chez le porc.

Observations sur l'anatomie du temporal de cet animal, par M. SCHUTZ. (*Wirchow's Archiv*, LXVI, p. 93.)

A la suite de quelques considérations fort intéressantes sur l'anatomie du temporal chez le porc, l'auteur étudie la tuberculose chez cet animal ; il s'attache particulièrement à établir l'étiologie de cette affection et à déterminer son mode de propagation.

Une inflammation catarrhale du pharynx avec tuméfaction et transformation caséeuse des glandes lymphatiques voisines serait la cause première du mal. Du pharynx l'inflammation se propage par la trompe jusque dans l'oreille moyenne.

Le processus inflammatoire s'étend à la moelle de la portion tympanique où se produit une prolifération ; c'est dans le tissu enflammé que paraissent les premiers petits noyaux gris de matière tuberculeuse (ostéo-myélite tuberculeuse de la portion tympanique). On voit en même temps se développer de petites granulations miliaires dans la muqueuse rouge et enflammée de la cavité tympanique. Les granulations grises, transparentes, se troublent plus tard et deviennent jaunes ; le tissu cellulaire de nouvelle formation qui les entoure se transforme en un tissu fibreux dense.

Pendant que des tubercules se développent dans la partie médullaire de l'os et dans la muqueuse de la cavité tympanique, il se produit un travail de prolifération dans le périoste, travail inflammatoire dû à l'éruption d'une grande quantité de tubercules miliaires grisâtres. Les tubercules deviennent caséeux et le tissu de prolifération qui les sépare se transforme en un tissu fibreux résistant. Le périoste épaissi prend alors l'aspect d'une surface mamelonnée. La matière tuberculeuse finit par remplir toute la cavité tympanique. Les osselets dont la nutrition est entravée se nécrosent. Le tissu de nouvelle formation envahit et détruit complétement le tissu osseux de la portion tympanique. Le processus patho-

logique se propage aux nerfs qui touchent à la cavité tympanique. Les tubercules envahissent le canal de Fallope, le nerf facial, dont les éléments sont disjoints par l'interposition de petites granulations. Finalement l'oreille interne est atteinte à son tour ; les canaux semi-circulaires et le limaçon se remplissent de matière tuberculeuse qui, à travers les aqueducs cochléen et vestibulaire, s'avance jusque dans la cavité crânienne. Le tissu cellulaire qui enveloppe le nerf acoustique n'est pas épargné. Le néoplasme chemine le long de ce nerf dans le conduit auditif interne et arrive dans la cavité crânienne, où il atteint quelquefois la grosseur d'une noix. La dure-mère est poussée vers le cerveau, mais ne renferme elle-même aucune trace de tubercules.

La matière tuberculeuse, après avoir rempli l'oreille moyenne, se propage à la membrane du tympan, qu'elle détruit, et vient faire saillie dans le conduit auditif externe sous forme de tumeur polypeuse plus ou moins bosselée.

On observe rarement des ulcérations dans la néoplasie tuberculeuse. Le plus souvent elle subit une transformation caséeuse ou fibreuse. La matière caséeuse enveloppée de tissu fibreux devient quelquefois calcaire. Après avoir débuté dans l'oreille, la tuberculose peut se généraliser et envahir successivement toutes les parties du corps.

Dr Lévi.

---

## Des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille,

par le docteur de Capdeville.

M. le docteur de Capdeville, secrétaire général de la Société de médecine de Marseille, vient de publier à la librairie Coccoz une étude des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille.

L'auteur fait tout d'abord remarquer combien il est difficile de se rendre compte du degré de finesse de l'ouïe, parce que la donnée sur laquelle pourrait reposer l'acuité auditive est encore à trouver. Il examine, au point de vue de la physiologique de l'audition, les conditions du son telles que l'in-

tensité, la hauteur, le timbre. Il recherche les moyens d'exploration de la sensibilité auditive, et après avoir étudié, en particulier à l'aide de la montre, les conditions de l'audition crânienne et de l'audition auriculaire, il termine ce très-intéressant travail par les conclusions et les considérations suivantes :

1° Lorsque l'affection est exclusivement limitée à l'appareil conducteur des sons, la perception crânienne reste constamment supérieure à l'audition par la voie normale.

2° Lorsque l'oreille interne participe à l'affection ou en est le siége exclusif, les deux modes de perception se trouvent simultanément et également atteints.

Appliquant ces deux lois aux résultats fournis par l'examen fonctionnel, il arrive à conclure que :

1° *Toutes les fois que la montre est mieux entendue sur le crâne qu'elle ne l'est à* 30 *centimètres et* à fortiori *à une distance plus rapprochée, nous sommes en présence d'une affection des organes conducteurs.*

2° *Toutes les fois que la montre est aussi mal entendue sur le crâne qu'à* 30 *centimètres, ou qu'elle ne l'est pas en ces deux points, nous sommes en présence d'une affection des parties profondes : oreille interne, nerf auditif ou centres nerveux.*

La localisation du siége de la dysécée n'offre pas un simple intérêt de curiosité ; elle est surtout importante au point de vue du *pronostic* et du *traitement ;* aussi ne devra-t-on pas négliger les données qui peuvent nous être fournies par l'examen fonctionnel. Dans les cas où il existe des lésions appréciables à l'examen objectif, ces données n'offrent peut-être pas autant d'intérêt, puisqu'il est possible de constater *de visu* les altérations qui compromettent l'ouïe ; néanmoins, comme il existe des cas assez nombreux où, à ces altérations des parties périphériques, se joignent des lésions plus profondes, inabordables à nos moyens d'investigation, elles pourront ici nous prémunir contre un diagnostic incomplet et surtout contre un pronostic trop favorable. Mais c'est pour les cas où l'examen anatomique reste tout à fait négatif que les résultats de l'examen fonctionnel acquiè-

rent toute leur valeur. Si, comme nous l'avons établi, la persistance d'une audition crânienne normale ou relativement bonne, à côté d'une audition auriculaire très-altérée, indique l'existence de lésions portant principalement sur les organes conducteurs, le pronostic et le traitement devront être tout autres que ceux des cas où on est autorisé à admettre un état morbide du système nerveux périphérique ou central. Dans ces dernières circonstances, sauf quelques cas exceptionnels, le pronostic est tout à fait grave et le traitement demeure le plus souvent impuissant ; lorsque au contraire nous pouvons avoir la conviction que l'oreille interne et les centres nerveux jouissent de toute leur intégrité, nous sommes autorisés à conserver plus d'espérance et à insister davantage sur les moyens thérapeutiques.

---

## Du rôle que jouent les canaux semi-circulaires du labyrinthe dans le maintien de l'équilibre du corps.

par le docteur Kurschmann. (*Deutsche Klinik*, n° 3, 1874.)

Les expériences entreprises par l'auteur pour déterminer ce point important de physiologie l'ont conduit à formuler les propositions suivantes :

1° Des lésions des canaux demi-circulaires produisent, à n'en pas douter, des troubles dans l'équilibre du corps.

2° Les phénomènes consécutifs à la lésion sont, en général, proportionnels à son étendue.

3° Chez tous les pigeons qui ont servi à des expériences, il y a eu des troubles de l'accommodation des mouvements musculaires.

4° La destruction des canaux isolés donne lieu à des symptômes différents et caractéristiques, suivant que la lésion existe d'un seul côté ou des deux côtés à la fois.

5° Tous les phénomènes deviennent d'autant plus intenses et plus manifestes que l'animal se meut plus énergiquement.

6° Les troubles de la coordination des mouvements musculaires se manifestent au tronc, à la tête et aux deux extrémités.

7° Lorsqu'il y a lésion d'un canal d'un seul côté, on ne remarque aucun phénomène particulier du côté de la tête, qu'elle soit immobile ou en mouvement, que l'animal marche ou soit au repos.

Lorsque la lésion est bilatérale, on observe des mouvements de rotation très-manifestes de la tête, du côté des jambes ; les phénomènes qui s'observent sont les mêmes pour les trois canaux (fausse extension, hésitation dans la marche, flexion des pieds).

Lorsque la lésion est considérable, le vol devient impossible, les pigeons chez lesquels la lésion est moindre voltigent encore un peu, mais difficilement. Lorsqu'on détruit de chaque côté le canal horizontal, on remarque, par suite d'un trouble partiel dans l'accommodation des mouvements musculaires, un manque d'équilibre autour de l'axe vertical. La lésion des deux canaux verticaux donne des résultats analogues, mais le manque d'équilibre se produit autour de l'axe horizontal. Une lésion unilatérale des canaux demi-circulaires provoque constamment des troubles du côté lésé.

La lésion simultanée du canal horizontal et du vertical donne lieu à des phénomènes mixtes ; ce qui s'observe également lorsque les lésions secondaires se propagent d'un canal primitivement atteint à un canal *intact*.

8° Il n'est pas démontré que les troubles dans les mouvements du tronc dépendent du manque d'équilibre de la tête.

9° L'éloignement des trois canaux membraneux des deux côtés n'empêche pas absolument les pigeons de se diriger. Les plus forts conservent leur équilibre au repos et dans les mouvements lents.

10° Quatre ou cinq jours après la simple section d'un seul canal, les phénomènes diminuent peu à peu et finissent par disparaître complétement, s'il ne survient pas d'accidents consécutifs. Néanmoins, à l'autopsie, la régénération n'est pas toujours complète.

11° L'augmentation et la modification des symptômes à la suite de lésions importantes des canaux doivent être attribuées à des maladies consécutives.

12° On ne saurait admettre que les canaux forment un organe spécialement préposé à l'équilibre.

13° Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que les symptômes sont le résultat de la diminution d'une fonction et non d'une irritation, notamment du nerf acoustique. De ce que l'ouïe ne paraît pas très-notablement altérée par l'éloignement des canaux, on ne peut pas conclure qu'ils n'ont pas d'influence sur cette fonction. — Cette conclusion serait en contradiction avec ce que nous apprend l'anatomie et la physiologie de l'organe auditif!

Dr Lévy.

---

## Altérations secondaires de l'oreille moyenne, principalement de la muqueuse.

par Wendt (*Archiv f. Helkunde*, t. XIV).

L'auteur en examinant les oreilles d'un tuberculeux qui avait été sourd, a observé que l'inflammation qui siégeait depuis assez longtemps sur toutes les parties constituantes de l'oreille moyenne avait produit une destruction d'une partie de la membrane du tympan et un épaississement de ce qui restait ; la muqueuse de la caisse était épaissie et rigide dans presque toute son étendue et spécialement dans les niches et sur la fenêtre ronde, des fausses membranes reliaient entre elles les parois de la caisse et la membrane du tympan, ces dernières avec les osselets, et les osselets entre eux. La muqueuse qui enveloppait les osselets était notablement épaissie. L'examen microscopique fournit les résultats suivants :

1° Membrane du tympan : dépôts calcaires et osseux dans les lames moyenne et externe, cicatrices étendues à la face externe de cette dernière ; infiltration de cellules (arrondies) dans la lame muqueuse ; infiltration séreuse ; kystes ; développement vasculaire très-considérable et dépôt cellulaire autour de la perforation ;

2° Dans la muqueuse de la caisse et les replis qui en partent : *a*) dans la couche sous-épithéliale : dépôt de cellules arrondies alternant par places avec une infiltration séreuse

dans les deux tiers inférieurs ; hypertrophie simple du tissu cellulaire dans le tiers supérieur de la cavité; nombreuses cavités kystiques ; *b*) dans la couche périostique : dépôts calcaires jusque sur les osselets et la membrane de la fenêtre ovale: ossification en plusieurs points; dans les membranes de nouvelle formation et dans les cellules de la caisse et de l'apophyse mastoïde, dépôts graisseux, matière cartilagineuse sur l'étrier de la fenêtre ovale.

L'auteur pense que les dépôts calcaires dans la couche périostique sont une des causes les plus fréquentes de la surdité, et que ce dépôt n'est pas spécial à ce qu'on appelle catarrhe sec ; mais se produit probablement dans toutes les affections chroniques (troubles de nutrition) de l'oreille moyenne.

D^r Lévy.

---

## Note sur l'emphysème que provoquent quelquefois les insufflations d'air dans l'oreille moyenne.

par Voltolini. (*M. F. O.*, 1873, 1 et 10.)

L'auteur n'a jamais observé d'emphysèmes du cou à la suite d'une insufflation à travers le cathéter, soit par la bouche, soit au moyen d'une poire en caoutchouc. Mais cet accident lui est arrivé plusieurs fois lorsque l'insufflation était faite à la suite de l'introduction d'une bougie dans la trompe d'Eustache. Les cas de mort observés par Turnbull pourraient être attribués, d'après Voltolini, à un emphysème de la glotte ou à un emphysème périlaryngé.

Un emphysème artificiel produit dans le pharynx d'un lapin provoqua en une minute la mort de l'animal. L'emphysème avait gagné le cœur et la poitrine. L'autopsie ne révéla pas d'emphysème des cordes vocales; la mort paraissait avoir été occasionnée par un pneumothorax et la compression extérieure du larynx par l'emphysème du cou.

A ce propos, V... s'élève avec raison contre l'abus de la pompe à compression en otiatrique. Cet instrument est inutile et peut devenir dangereux; il ne saurait détruire des adhérences solides; lorsque des bribes sont faciles à déchirer,

on peut arriver au même résultat avec le spéculum de Siégle.

Les obstructions de la trompe se guérissent mieux et bien plus vite par l'introduction de bougies en corde à boyau.

La pompe à compression est tout à fait inutile dans les cas où l'on veut pratiquer l'auscultation; l'insufflation par la bouche est suffisante.

Dans une communication ultérieure, V... fait connaître le résultat de l'examen pharyngoscopique dans un cas d'emphysème du cou à la suite du cathétérisme.

Le voile du palais était très-tuméfié, surtout à sa paroi postérieure; l'orifice pharyngé de la trompe du côté opéré complétement caché par la muqueuse tuméfiée, le sinus pyriforme du même côté à peine visible, le ligament glosso-épiglottique latéral très-volumineux. Au bout de quelques jours, le voile du palais avait pris son aspect normal.

L'orifice tubaire était devenu visible, mais autour du larynx et à l'épiglotte le gonflement persistait.

Dr Lévi.

---

**Recherches sur la fréquence des fistules à l'anus; otites et panaris chez les tuberculeux. — Thèse.**

Par M. Pourieux.

M. Pourieux a intitulé la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir, le 23 décembre 1874 : *Recherches sur la fréquence des fistules à l'anus; otites et panaris chez les tuberculeux.*

Cette thèse, faite surtout au point de vue de la statistique, renferme des renseignements utiles.

Après avoir indiqué les auteurs qui ont cru à la tuberculisation de l'oreille, et ceux qui ont mis en doute la nature tuberculeuse des écoulements qui se manifestent chez les phthisiques, M. Pourieux en conclut que la fréquence de l'otite chez les phthisiques est admise par tous les auteurs, et qu'elle survient le plus souvent à une époque avancée de la maladie générale.

Sur 400 phthisiques, il a constaté vingt-trois fois des otites, ce qui fait environ six fois sur 100. Elles étaient presque toutes au moins à la deuxième période, dont le début est marqué par la perforation du tympam et dont l'otorrhée constitue le symptôme prédominant.

---

## De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.

par M. le docteur A. Baréty, ancien interne des hôpitaux.

Sous ce titre, M. Baréty a présenté, en août 1874, une thèse très-intéressante dont nous devons donner un compte rendu sommaire dans cette revue, à cause des manifestations laryngées qu'on observe dans cette affection, qui n'est point suffisamment décrite dans nos livres classiques de pathologie interne. Grisolle seul a traité une partie de la question en consacrant trois pages du tome II de son ouvrage à l'étude de la phthisie bronchique. Il existe cependant un grand nombre de travaux épars sur cette question, dont les plus connus sont ceux de Baréty et Rittiol, Becquerel, Leroy de Méricourt, Fonsagrives, Guéneau de Mussy, Lereboullet, etc.

L'adénopathie trachéo-bronchique, dans son sens le plus général, consiste dans une modification pathologique des ganglions des bronches et de la partie inférieure ou intra-thoracique de la trachée. Le mot d'adénopathie, adopté par M. Guéneau de Mussy, en 1863, convient mieux que celui de phthisie bronchique, dès qu'on ne se borne pas à étudier les altérations tuberculeuses ou strumeuses (MM. Liouville, Brouardel, Lereboullet, etc.).

Après un historique de la question, très-bien fait mais que nous n'analyserons pas, M. Baréty aborde par des études personnelles l'anatomie descriptive et topographique, et cherche des notions précises et complètes sur la distri-

bution générale, et surtout sur les rapports qu'affectent les ganglions médiastinaux, et en particulier ceux qui entourent la trachée et les bronches. Au lieu de recourir aux injections, l'auteur se rappelant la méthode Wellérienne, qui consiste à produire la dégénérescence des filets nerveux dont on veut connaître le trajet, se dit que le meilleur moyen d'étudier les ganglions en question était de les examiner à l'état pathologique, alors que leur engorgement équivaut à une sorte d'*injection naturelle* qui met leurs rapports en évidence. Dans ce but, il disséqua attentivement la région médiastine chez un grand nombre de sujets de tous les âges, morts, pour la plupart, d'affections des poumons, avec retentissement sur les ganglions qui en dépendent.

« Les ganglions des parties latérales du cou sont les uns superficiels, les autres profonds. Ces derniers se groupent autour du paquet vasculo-nerveux constitué par la veine jugulaire interne, le pneumo-gastrique et la carotide. Ils forment le long de ces conduits une chaîne que l'on pourrait considérer comme formée elle-même de deux chaînes, l'une prévasculaire, l'autre rétrovasculaire. « Chacune des deux chaînes latérales va constituer dans le thorax deux anses principales. L'anse de droite contourne l'artère sous-clavière, celle de gauche, la crosse aortique. Elles suivent, en quelque sorte l'anse queforment ensemble les pneumo-gastriques et les récurrents de chaque côté. « Chacune de ces anses reçoit en avant et en bas la chaîne ganglionnaire qui accompagne les vaisseaux mammaires internes et les vaisseaux sous-claviers, et en arrière et en bas de la chaîne, des ganglions qui accompagnent les bronches; et enfin, plus en arrière, ceux qui accompagnent l'aorte et l'œsophage. « Il existerait donc, ajoute M. Baréty : 1° une chaîne de ganglions cervico-thoracique récurrente; 2° une chaîne sous-clavière; 3° une mammaire interne; 4° une autre bronchique (celle-ci double, sus et sous-bronchique; 5° une dernière enfin, œsophago-aortique. Cette division n'implique aucune indépendance marquée entre chacune des chaînes ganglionnaires, et nous ne l'avons admise que pour les besoins de la description et la facilité des recherches nécroscopiques. »

Les groupes de ganglions, qu'il importe surtout d'étudier, sont les suivants : 1° groupes prétrachéo-bronchiques, droit et gauche; 2° groupe intertrachéo-bronchique ou sous-bronchiques, droit et gauche; 3° ganglions interbronchiques.

Après avoir décrit en détail ces divers groupes ganglionnaires et insisté sur les rapports importants qu'ils présentent avec les deux parties de l'arbre aérien, les poumons, les gros vaisseaux, les nerfs pneumo-gastriques et récurrents, etc., l'auteur aborde l'anatomie pathologique, et sous le titre modeste de *Principales notions d'anatomie pathologique* il a écrit un chapitre de 89 pages, qu'on lira avec le plus grand intérêt, mais qui se prête peu à l'analyse. Je me contenterai donc d'en indiquer les divisions : altérations des ganglions trachéo-bronchiques produites par les processus morbides suivants : congestion, inflammation, dégénérescence scrofuleuse, tuberculeuse, mélanique, cancéreuse, adénie, gangrène, syphilis.

*Complications dues à l'altération des ganglions trachéo-bronchiques.* — M. Baréty les divise en complications directes ou lésions des organes immédiatement en rapport avec les organes altérés, et en complications indirectes ou lésions des organes thoraciques ou autres dépendant des précédentes. Un tableau synoptique permet au lecteur d'en saisir l'ensemble; signalons brièvement ces complications.

A) *Directes.* — Déformation de la cage thoracique, déformation et ulcération de la trachée, des bronches et des poumons, perforation des plèvres.

Adhérence du péricarde aux ganglions, compression ou perforation de l'aorte, des artères pulmonaires, des artères bronchiques, des veines caves, des veines pulmonaires.

Compression, adhérence, ulcération et perforation de l'œsophage. Compression, inflammation, atrophie des nerfs sympathiques, des diaphragmatiques, des pneumogastriques, des récurrents.

Parmi les complications indirectes, je vois figurer l'atrophie, l'emphysème, l'œdème, la gangrène, la tuberculisation pulmonaire. Les épanchements séreux ou purulents de la

plèvre, la péricardite avec ou sans épanchement, la médiastinite, l'emphysème du thorax et du cou, etc, etc.

L'on peut juger par ce simple extrait, du soin avec lequel M. Barety a traité cette partie de son sujet, et d'ailleurs il a eu soin de fournir à l'appui de sa description un résumé anatomo-pathologique de *cent deux* observations publiées par les auteurs ou inédites.

Nous arrivons maintenant à la seconde partie, consacrée à l'Étiologie; mais nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans toutes les considératious d'âge, de sexe, de tempérament, des maladies antérieures d'hérédité, etc., dont il discute l'influence ; disons seulement avec lui « que toutes les affections pulmonaires inflammatoires peuvent, à *tous les âges*, amener l'engorgement des ganglions trachéo-bronchiques, et une dégénérescence dont la nature est en rapport avec celle des poumons eux-mêmes ; mais tandis que chez l'adulte et le vieillard cet engorgement sera en quelque sorte minime, il pourra chez l'enfant, l'adolescent, et quelquefois chez l'adulte, prendre des proportions énormes. »

La troisième partie est consacrée à la *Symptomatologie*. Nous allons la résumer le plus complétement possible.

A) *Symptômes dépendant de la seule présence de ganglions hypertrophiés dans le médiastin.*—1° Sensation plus ou moins douloureuse, ou de simple pesanteur au niveau du sternum, le plus souvent à sa partie supérieure. — 2° Symptômes fournis par la palpation, la percussion, l'auscultation de la poitrine. On peut dans certains cas sentir les ganglions rétro-sternaux et trachéaux-latéro-supérieurs en portant le doigt dans le creux sus-sternal. Augmentation des vibrations thoraciques perçue par la palpation des régions sternale supérieure et inter-scapulaire. Matité ou submatité des régions sternale supérieure et interscapulaire. L'auscultation de ces mêmes régions fait percevoir le *retentissement de la voix et de la toux* à différents degrés, et un *souffle expiratoire* le plus souvent tubaire, quelquefois caverneux et même amphorique.

B) *Symptômes qui dépendent de l'action que les ganglions trachéo-bronchiques exercent sur les organes voisins.*— Ré-

tractation permanente ou voussure des parois thoraciques. — Sensation de striction au cou ou au thorax, gêne de la respiration, râles, retrait inspiratoire des creux sus-sternal, sus-claviculaire et épigastrique, diminution de l'expansion du thorax, emphysème, perforation des bronches. — Pleurésie, pneumo-thorax. — Emphysème sous-cutané du thorax et du cou, dysphagie œsophagienne, hypertrophie du cœur, œdème de la face, des poumons, épistaxis et hémoptysie, hémorrhagie, méningée, etc.

La compression des *nerfs pneumo-gastriques* et *récurrents* s'annonce par les symptômes suivants : toux coqueluchoïde (Gnéneau de Mussy), raucité de la toux, expectoration abondante quelquefois, râles humides, trachéo-bronchiques, offrant une certaine mobilité, vomissements, dyspnée, accès d'asthme, angine de poitrine (Barély), altération de la voix, raucité ou aphonie ; dans le cas ou le malade a été examiné au laryngoscope on a constaté la paralysie de l'une des cordes vocales. Symptômes de spasmes ou d'œdème de la glotte, inspiration rauque, bruit de frôlement laryngé (Legroux, 1849), lenteur du pouls, palpitations.

La compression des *nerfs diaphragmatiques* par des névralgies diaphragmatiques, de la dyspnée, celle du *sympathique*. Dilatation de la pupille du côté où l'engorgement prédomine.

Nous passons les articles marche, durée, terminaison, car nous avons hâte d'arriver à la quatrième partie, au diagnostic.

Le *diagnostic de l'adénopathie en elle-même* repose : 1° Sur la localisation des symptômes propres à la maladie dans des régions qui correspondent au siége normal des ganglions trachéo-bronchiques. On ne prendra pas pour un bruit de souffle pathologique le bruit de souffle trachéo-bronchique qui, chez quelques personnes, les vieillards surtout, s'entend au niveau de la première pièce du sternum. En auscultant la région interscapulaire, on se rappellera qu'à l'état normal, le murmure respiratoire est un peu plus prononcé à droite qu'à gauche. Si le souffle expiratoire est perçu avec son maximum d'intensité à gauche, on en tiendra

grand compte. 2° Sur la coexistence de ganglions tuméfiés dans des régions accessibles à la vue et au palper, autre que la région trachéo-bronchique. « Toutes les fois, dit M. Baréty, qu'il existe des ganglions engorgés au cou, dans le ventre, aux aines et aux aisselles, il en existe dans le médiastin..... les engorgements ganglionnaires scrofuleux du cou, quelque étendus et prononcés qu'ils soient, paraissent ne pas comporter l'engorgement ou un engorgement notable des ganglions trachéo-bronchiques lorsqu'ils suppurent. » 3° Sur l'examen de la constitution et des affections concomitantes susceptible de retentir sur les ganglions ; tuberculose, scrofule, coqueluche, etc.

L'adénopathie une fois reconnue il s'agit d'en déterminer la nature.

La symptomatologie de l'adénopathie trachéo-bronchique est quelquefois difficile à dégager de celle qui appartient aux affections pulmonaires qui en sont la cause ou la conséquence. Il est fréquent de méconnaître l'adénopathie au début ou dans le cours d'une phthisie pulmonaire.

M. Guéneau de Mussy d'abord, puis M. Lereboullet, sont les auteurs qui ont le plus contribué à établir le diagnostic de l'adénopathie compliquant la phthisie pulmonaire. — Au début de la pthisie il est en général assez facile de reconnaître l'engorgement ganglionnaîre trachéo-bronchique, quand il existe à un certain degré. A une période plus avancée c'est plus difficile ; les signes de l'induration pulmonaire peuvent être confondus avec ceux auxquels donne lieu l'interposition de ganglions tuméfiés entre l'oreille et l'arbre aérien. A une période dit-il ailleurs, le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique, ne peut être fondé, le plus souvent, que sur certains signes de complications tels que l'aphonie, par exemple, alors que le laryngoscope ne dévoile aucune lésion dans le larynx ; la toux coqueluchoïde, des vomissements opiniâtres que la toux ou l'état des voies digestives ne peut expliquer, etc. »

L'auteur nous montre ensuite comment on évitera de prendre l'adénopathie pour une affection cardiaque, une maladie de Bright, ou une simple bronchite chronique avec

emphysème ; la coqueluche ; l'œdème de la glotte, la laryngite striduleuse, le goître, l'anévrysme de la crosse de l'aorte et du tronc artériel brachéo-céphalique ; la dégénérescence cancéreuse de l'œsophage, l'hypertrophie du thymus, l'oblitération de la veine-cave supérieure.

Dans tous les cas il faudra toujours compléter les signes observés par l'examen laryngoscopique et une exploration attentive de la poitrine au point de vue de l'existence possible d'une adénopathie trachéo-bronchique.

La cinquième et la sixième partie de l'ouvrage traitent du pronostic et du traitement. L'auteur ne pouvait, dans ces deux chapitres, entrer dans plus de développements que n'en comporte ce sujet ; mais là encore nous trouvons une remarque qui a son importance ; c'est que chez les enfants et en général chez les personnes scrofuleuses ou lymphatiques les inflammations pulmonaires de toute nature, ne sauraient être trop énergiquement combattues ; la convalescence de la rougeole et de la coqueluche, doit être attentivement surveillée, si l'on veut conjurer le développement de l'adénopathie trachéo-bronchique. Contre cette affection, M. Baréty préconise les préparations iodées et surtout la teinture d'iode fraîchement préparée non acide. L'ouvrage se termine par 19 observations et 6 planches dessinées par l'auteur.

Tel est ce remarquable travail, sur lequel nous avons cru devoir attirer l'attention des praticiens car ce sujet de pathologie qui n'avait pas encore été exposé d'une manière aussi complète, bien qu'il présente encore des désirata que M. Baréty et d'autres, nous l'espérons du moins, essayeront de combler.

Dr Deel.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

• De l'otite catarrhale chronique, de son diagnostic et de son traitement, par M. le Dr Philipeaux (de Lyon). *Lyon médical*, 11 avril 1875.

Un nouveau procédé pour extraire les liquides morbides de l'oreille moyenne, par Jos. GRUBER, de Vienne. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1874, p. 12.)

L'oreille et l'épidémie catarrhale actuelle, otite suppurée dans la pneumonie des enfants; délire ab aure læsâ, par GELLÉ. (*Tribune médicale*, 7 mars.)

Sur l'extraction des corps étrangers du conduit auditif, et sur la toux due à l'irritation de ce conduit, par John CLELAND. (*The Lancet*, 5 décembre 1874.)

Rupture du tympan par suite d'un coup de vague, rupture du tympan par suite d'une explosion, par PFLUGER. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1874, p. 179.)

Des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille, par le Dr de CAPDEVILLE, secrétaire de la société de médecine de Marseille, in-8°, 1875, à la librairie Coccoz.

Contribution à l'histologie du labyrinthe membraneux, par C. UTZ. (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, 1875, n° 1.)

Extirpation d'un polype du larynx chez une petite fille de huit ans, par BUROW fils. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1875, p. 802.)

Cancer primitif du larynx, trachéotomie, par E. J. COOKE. (*The Lancet*, septembre 1874.)

Ressort de montre logé dans le larynx pendant quatre ans, par le Dr LEFFERT. (*Medical. Record.*, 1874.)

Contribution à la physiologie de la voix humaine, par KILIAN, de Strasbourg. (*Pluger's Arch.*, IX, p. 244.)

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (397, 4-5.)

*Le Gérant :* G. MASSON.

# ANNALES

DES MALADIES

# DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)


---

## TUMEUR ÉRECTILE DE LA PITUITAIRE. ÉPISTAXIS ABONDANTES. CAUTÉRISATION AU FER ROUGE APRÈS OUVERTURE PRÉLIMINAIRE DU NEZ EN AVANT ET TAMPONNEMENT PRÉALABLE DES ARRIÈRE-NARINES.

Par M. le professeur **A. Verneuil.**

Cette observation est un exemple de tumeur érectile de la membrane pituitaire. Cette lésion, non signalée dans les auteurs que j'ai consultés, doit être fort rare et d'un diagnostic bien difficile au début.

J'ai employé pour la traiter des moyens fort énergiques, et j'ai appelé à mon aide des opérations préliminaires que je ne saurais trop recommander, car elles m'ont singulièrement facilité la tâche.

J'ai obtenu une guérison que pendant près de deux ans on a pu croire définitive, mais qui n'était, en réalité, que temporaire. J'ai, en effet, appris l'an dernier que le malade avait fini par succomber dans un état cachectique sur lequel, malheureusement, je n'ai point eu de détails suffisants. Peut-être aurait-on mieux réussi si le mal avait été reconnu et combattu de meilleure heure.

M. B..., Roumain, 52 ans, propriétaire foncier, d'une haute stature et jadis d'une force peu commune, vint à Paris en 1868 pour se faire traiter d'épistaxis rebelles et abondantes remon-

tant à l'enfance, et qui, devenues de plus en plus fréquentes et menaçantes pour la vie, avaient amené un affaiblissement extrême et tous les indices extérieurs d'une cachexie incurable.

Voici ce qu'il raconte sur ses antécédents. Il a joui jusqu'à 17 ans d'une excellente santé, bien qu'atteint de temps à autre de saignement de nez ; à cette époque il eut un gonflement inflammatoire du nez et de la face, qui se termina par suppuration et élimination de deux fragments osseux ; la guérison ne tarda pas à s'effectuer.

Jusqu'à 27 ans la santé fut parfaite, de temps en temps survenait toutefois une épistaxis sans gravité. M. B... contracta alors une syphilis bien caractérisée et qui disparut à la suite d'un traitement pourtant incomplet.

A 42 ans (1858), sans cause connue, épistaxis d'une extrême violence qui se renouvelle six mois après, puis encore à plusieurs reprises jusqu'en 1860. Les pertes de sang étaient si considérables que souvent le malade tombait en syncope prolongée et devait garder le lit pendant plusieurs jours pour se remettre. Un médecin appliqua plusieurs fois dans la narine droite le tamponnement qui arrêtait le sang sans trop de peine ; mais dès que le tampon était enlevé l'hémorrhagie reparaissait. Une fois on imbiba la charpie d'une substance sans doute fort énergique, qui occasionna d'atroces douleurs et une lypothymie de plusieurs heures.

Un tampon de charpie simple substitué au tampon caustique resta en place pendant plusieurs mois, non sans déterminer un coryza interne avec ozène.

Les hémorrhagies momentanément suspendues revinrent, mais plus rares et moins violentes ; elles semblaient même amener un certain soulagement, de sorte que M. B... prit son mal en patience et se contenta d'essayer une foule de moyens internes qui ne produisirent pas grand effet. En 1868, les épistaxis reprirent leur intensité d'autrefois et se renouvelèrent quelquefois plusieurs jours de suite. Désespérant de sa guérison et voyant sa santé de plus en plus menacée, M. B... vint en France et consulta plusieurs médecins et chirurgiens éminents de Paris; il se rendit sur leurs conseils à Dieppe pour prendre des bains de mer, mais pendant l'un de ces bains il fut pris en nageant d'une hémorrhagie si violente, que sans le secours de quelques baigneurs il se fût infailliblement noyé.

Revenu à Paris, il eut une autre consultation où l'on diagnostiqua un *ulcère des fosses nasales* pour lequel on fit la cautérisa-

tion avec la pâte de Canquoin ; le 4e jour, à la chute de l'escharre, hémorrhagie formidable, tamponnement avec la charpie imbibée de perchlorure de fer qui reste trois jours en place ; on lui substitue des injections froides réitérées avec la solution du même sel au 30e ; l'injection poussée par la narine droite revient à gauche à travers une perforation de la cloison. D'après les antécédents, on prescrit à l'intérieur le proto-iodure de mercure ; mais les épistaxis se renouvellent, et M. B..., perdant patience, veut consulter un autre chirurgien. Il vient me voir dans les premiers jours de septembre, et je constate les particularités suivantes : le malade est très-émacié, très-affaibli, la peau est jaune comme celle des cancéreux, le bas des jambes un peu gonflé, le pouls petit, rapide, la respiration courte, les fonctions digestives assez bonnes, le sommeil léger, le moral d'une rare énergie.

J'examine les viscères avec la plus minutieuse attention : les poumons sont intacts, le cœur est sain, le bruit de souffle qu'il présente au premier temps et qui se prolonge au cou est évidemment anémique ; le foie n'est point tuméfié, la rate est un peu grosse, mais le malade a eu plusieurs fois dans son pays des accès de fièvre intermittente. Les urines fort aqueuses, ne renferment ni albumine ni sucre. Le nez est aplati vers son milieu et les narines, largement ouvertes, regardent presque directement en avant ; en y portant les yeux, je remarque un phénomène intéressant : à 2 centimètres de profondeur du côté gauche et sur la cloison se voit une saillie arrondie, sessile, du volume d'un noyau de cerise, d'un rouge sombre, manifestement animée de battements et d'expansion isochrones à la systole cardiaque ; sous l'influence de l'effort la saillie augmente de volume. Je fais constater le fait à plusieurs reprises par M. Ullé, compatriote du malade, alors élève de mon service, et depuis praticien distingué dans sa patrie. M. B... nous affirme que jamais on ne lui a parlé de ce phénomène, et M. Ullé, qui a assisté aux consultations précédentes à Paris, confirme cette négation. La chose est si nette, que je n'hésite pas à porter le diagnostic de tumeur érectile de la pituitaire, datant sans doute de l'enfance et cause de toutes ces hémorrhagies. Je trouve à l'appui de mon hypothèse plusieurs autres petites taches érectiles siégeant dans les régions voisines : à la tempe droite, à la région molaire gauche, à la gencive droite au niveau de la deuxième petite molaire, enfin, à la voûte palatine et au voile du palais. Toutes ces taches sont d'un rouge vif,

de sorte que leur nature n'est point douteuse. Les tumeurs cutanées un peu saillantes, larges d'un centimètre environ, sont recouvertes d'un épiderme solide, les gengivales et palatines sont plus petites et sans saillie ; jamais aucune d'elles n'a saigné.

J'apprends encore que M. B... a eu plusieurs sœurs et frères bien portants à l'exception de l'un de ces derniers, fort sujet à des épistaxis et qui a succombé à 30 ans avec de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs.

Avec ce diagnostic excluant l'idée d'une production maligne et un état des viscères qui ne contre-indiquait pas une opération hardie, je résolus de tenter une ressource suprême et d'aller attaquer le mal directement. Cependant, je voulus avoir le conseil de mon collègue, M. Gosselin, et nous procédâmes le surlendemain à un examen nouveau. Je fus d'abord désappointé de ne plus retrouver la saillie pulsatile à gauche, mais en revanche nous aperçûmes distinctement le phénomène dans la narine droite, de sorte que M. Gosselin accepta mon diagnostic et mon plan thérapeutique. Il voulut bien même m'assister dans l'opération qui eut lieu à la campagne, dans d'excellentes conditions hygiéniques, le 12 septembre 1868.

Je tamponnai d'abord l'orifice postérieur des fosses nasales pour empêcher le sang de couler dans le pharynx et les voies aériennes.

A l'aide d'un bistouri droit, je fis ensuite une incision sur le dos du nez, depuis la racine de cet organe jusqu'à 1 centimètre et demi du lobule; de l'extrémité inférieure de cette première incision j'en fis partir deux autres, portant sur les parties latérales du nez et pénétrant dans chaque narine, de sorte que les trois incisions représentaient un Y renversé. L'hémorrhagie fut médiocre, je l'arrêtai facilement en liant deux ou trois artérioles sur les lèvres de la plaie.

Faisant alors écarter les lambeaux résultant des incisions, je détruisis avec le fer rouge une grande partie de la cloison du nez, c'est-à-dire le cartilage, la moitié antérieure du vomer, et un peu de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Après avoir dirigé à plusieurs reprises un jet d'eau froide sur les parties cautérisées, je réunis l'incision oblique gauche par deux points de suture avec des fils de soie, et j'introduisis enfin par la narine droite des bourdonnets de charpie réunis en queue de cerf-volant et imbibés de perchlorure de fer.

Je prescrivis des bouillons froids, de l'eau vineuse, un gra-

nule de digitaline dans la journée, et des compresses d'eau fraîche sur la plaie et sur le front. La journée et la nuit furent assez bonnes ; le malade se plaignit seulement d'un peu de douleur au moment de la déglutition, et d'une soif vive.

Le lendemain l'opéré était très-calme, j'enlevai les tampons qui bouchaient l'orifice postérieur des fosses nasales et la charpie qui remplissait superficiellement la plaie. La suppuration commençait, il y avait un peu d'odeur. J'ordonnai de diriger plusieurs fois par jour un jet d'eau de Labarraque au cinquième sur la charpie restée dans le fond de la narine. Continuation des compresses d'eau froide.

Mêmes prescriptions internes que la veille.

Le 3e jour l'état du malade continuait à être satisfaisant. Cependant en enlevant les boulettes de charpie, j'aperçus des battements dans la narine droite à l'angle supérieur de la plaie. Je retirai alors complétement le cerf-volant, nettoyai soigneusement la plaie et appliquai sur le point suspect de la charpie imbibée de perchlorure de fer.

Les lèvres de l'incision gauche paraissant réunies, j'enlevai les points de suture.

Bouillon et digitaline dans la journée. Un verre d'eau de Seidlitz le lendemain matin.

Les jours suivants le malade eut un peu de céphalalgie, les ganglions sous-maxillaires devinrent momentanément douloureux à gauche ; on continua les pansements avec la charpie imbibée d'eau chlorurée.

Le 17 septembre, j'aperçus un nouveau point animé de pulsations à la partie postérieure et supérieure de la narine droite, du côté de la cloison ; j'y appliquai un peu de charpie trempée dans le perchlorure de fer.

Le 18 et le 20, il y eut deux hémorrhagies, la première insignifiante, mais la seconde assez abondante pour nécessiter le tamponnement avec la charpie imbibée de perchlorure.

Le 22 et le 23 septembre, nouvelles hémorrhagies accompagnées de battements au point précédemment indiqué; j'ordonnai, en raison de leur caractère intermittent, 50 centigrammes de sulfate de quinine à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 25, au pansement du matin, une hémorrhagie en nappe assez abondante part de la partie moyenne de la plaie profonde. La personne, fort intelligente, qui soignait le malade, applique un tampon de charpie imbibée de perchlorure sur le point d'où le sang s'écoulait, et maîtrise complétement l'hé-

morrhagie. On continue le sulfate de quinine et la digitale à la même dose. On applique des sinapismes aux membres inférieurs.

Le 27, dans l'après-midi, nouvelle hémorrhagie, assez abondante, et provenant de la partie supérieure de la plaie, du côté de l'ethmoïde. Elle céda, comme les précédentes, à l'application du perchlorure de fer.

Malgré le sulfate de quinine et la digitale, malgré les pansements réitérés avec la liqueur de Labarraque et les applications de perchlorure de fer, les hémorrhagies eurent encore lieu le 28 et le 29 septembre, c'est pourquoi je proposai une nouvelle cautérisation au fer rouge, qui fut acceptée.

Le 2 octobre, après avoir endormi le malade, je portai un cautère rougi vers le fond de la narine droite, dans le point où j'avais aperçu antérieurement et le jour même des battements ; mais alors le sang part avec violence par la bouche et par la narine gauche, sans que je puisse voir le point d'où provient l'hémorrhagie. J'introduis le doigt aussi loin que possible dans la profondeur, je comprime avec la pulpe, et le sang s'arrête ; je retire alors mon doigt et je tamponne la narine avec de la charpie sèche ; au bout de quelques instants, je constate que l'écoulement est moins fort. En épongeant avec précaution, j'aperçois et fais remarquer à mes aides un jet de sang partant de l'angle que fait le plancher de la fosse nasale droite avec la branche montante du maxillaire supérieur. J'applique à l'instant même en cet endroit un gros fer rouge et cautérise vigoureusement jusqu'au fond de la fosse nasale.

L'hémorrhagie cessa aussitôt ; j'introduisis des boulettes de charpie imbibées de perchlorure et j'appliquai par-dessus des compresses d'eau fraîche.

Le soir, le malade mangea un potage. La nuit fut bonne.

La journée du 3 se passa bien, le malade mangea de bon appétit. Le 4, en voulant se lever pour aller à la garde-robe, sa faiblesse était si grande qu'il perdit connaissance pendant quelques minutes. Jusqu'au 20 on fit le pansement matin et soir avec la charpie trempée dans la liqueur de Labarraque. Je fis prendre à l'intérieur l'extrait de quinquina et de gentiane et une potion avec l'arséniate de potasse. Il n'y eût pas une seule hémorrhagie dans toute cette période du traitement.

Le 20, l'état local étant aussi satisfaisant que possible, je crus pouvoir fermer la brèche que j'avais laissé ouverte jusqu'alors.

J'avivai donc les bords de la plaie de la narine droite et je les réunis par la suture entortillée à la partie supérieure et par des points de suture simple à la partie inférieure. Au troisième jour, la réunion était parfaite, sauf en haut où un point avait manqué. J'enlevai les épingles, et le 1er novembre je permis au malade de sortir.

Le 5 novembre, il repartit pour la Roumanie; il existait encore un petit pertuis à la partie supérieure de l'incision; je conseillai de la cautériser de temps en temps avec le nitrate d'argent. Pour protéger la cicatrice pendant le voyage, je fis faire un petit bandeau avec du taffetas noir doublé de toile cirée. Le nez était aplati à sa partie moyenne, mais pas autant qu'on l'aurait craint.

J'ai eu plusieurs fois des nouvelles de M. B...; sauf une ou deux hémorrhagies de peu d'importance, il va bien, mais le petit pertuis que j'ai signalé l'incommode. Je pense qu'une petite opération complémentaire aurait facilement raison de cette imperfection si minime, dernier vestige d'une affection grave, dont la guérison peut être considérée comme acquise définitivement.

Ceci était écrit en 1870, j'appris plus tard la mort de M. B...

---

## DE QUELQUES AFFECTIONS HERPÉTIQUES DE L'OREILLE QUI PROVOQUENT LE PLUS SOUVENT LA SURDITÉ.

Par le Dr **Ladreit de Lacharrière.**

Je n'ai pas la pensée de tracer sous ce titre le tableau de toutes les variétés des maladies de la peau qui peuvent envahir l'oreille, je me propose seulement d'attirer plus particulièrement l'attention sur deux formes morbides que l'on observe assez fréquemment dans la pratique des maladies de l'oreille. Ce sont l'eczéma et le pityriasis.

Les otologistes ont signalé ces affections comme causes de surdité; mais ils ont pris peu le soin d'en indiquer les caractères spéciaux. Si je ne fais donc pas œuvre tout à fait

nouvelle, je crois du moins faire œuvre utile, à un moment de l'année où nous trouvons, pour la guérison de ces maladies, un si puissant secours dans la médication par les eaux minérales.

L'eczéma se manifeste sur l'oreille dans sa forme simple, mais on l'observe aussi dans ses formes composées, l'eczéma impétigineux et l'eczéma herpétiforme. Sans vouloir reproduire une description qu'on trouvera dans les traités spéciaux, je rappellerai qu'on reconnaîtra cette dermatose aux quatre caractères suivants : 1° rougeur de la surface malade 2° démangeaisons permanentes ; 3° sécrétion de sérosité citrine ou louche tachant et empesant le linge ; 4° état ponctué du derme produit par les orifices enflammés des canaux des glandes cérumineuses.

D'après M. Devergie (1), l'eczéma de l'oreille est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et se développerait surtout dans l'adolescence et à l'âge critique. Il se manifesterait le plus souvent sur la face antérieure du pavillon et l'envahirait peu en arrière, affectant souvent une seule oreille, mais le plus souvent les deux, et restant ainsi stationnaire pendant plusieurs années. L'augmentation monstrueuse du pavillon de l'oreille en est souvent la conséquence. Les effets en sont encore bien plus déplorables lorsque l'affection envahit le conduit auditif et l'oreille moyenne. Les parois tuméfiées du conduit auditif en viennent obstruer l'ouverture, les malades ne résistent pas aux pénibles démangeaisons qu'ils éprouvent, et l'introduction de corps durs à l'aide desquels ils espèrent se soulager est une cause nouvelle d'irritation, et éveille des douleurs qui s'irradient dans tout le côté de la tête et de la face ; l'oblitération du méat auditif par le gonflement des tissus empêche l'écoulement au dehors de la sérosité sécrétée dans le conduit, et cela pour le plus grand dommage de l'oreille moyenne. Lorsqu'on parvient en effet à éclairer le tympan, on constate que cette membrane est elle-même épaissie, la couche externe est comme macérée, le triangle lumineux ne se pro-

(1) *Traité des maladies de la peau*, p. 242.

duit plus et le tympan est quelquefois tout à fait opaque. On constate en même temps à sa surface une vascularisation inflammatoire très-marquée, une véritable myringite.

Dans sa forme la plus aiguë, l'eczéma occasionne la surdité en obstruant le conduit auditif et en provoquant les lésions de voisinage que je viens de signaler. Dans sa forme chronique, il a un retentissement plus fâcheux sur l'oreille moyenne et sur l'oreille interne. Le conduit auditif est fendillé rouge par places, on voit se détacher de sa surface des lambeaux épidermiques qui laissent au-dessous des surfaces facilement saignantes. Les tympans sont le plus souvent très-épaissis. Au niveau et dans la direction du manche du marteau on constate une vascularisation plus marquée, une sorte de pannus. Les malades se plaignent d'être très-sourds, ils souffrent de bourdonnements quelquefois insupportables. Ces bruits sont de deux sortes : les uns se manifestent par des battements isochrones au pouls, ce sont des bruits vasculaires ; d'autres sont des bruits musicaux et sont peut-être plus pénibles encore. Pour quelques-uns les bruits extérieurs occasionnent une véritable souffrance, ils sont altérés dans leur timbre et quelquefois discordants. Pour d'autres, les bourdonnements sont indépendants des bruits extérieurs qu'ils dominent. Ce sont tantôt des bruits musicaux, tantôt des sifflements aigus. Si on étudie alors le degré de tension de la membrane du tympan on reconnaît qu'elle est très-grande, on peut supposer que les muscles intrinsèques de l'oreille sont dans un état de spasme, et qu'une pression plus forte est exercée sur l'étrier. Si l'eczéma revient à l'état aigu, il n'est pas rare d'observer une diminution notable dans l'intensité du bourdonnement qui disparaît même quelquefois. Je ne saurais expliquer ce soulagement que par une congestion extérieure qui, par une dérivation momentanée, diminue l'état de plénitude des vaisseaux de l'oreille. Quoi qu'il en soit, les malades ne manquent pas de chercher à attirer au dehors par des applications vésicantes le principe morbide qui, pour eux, s'est porté à l'intérieur.

Les causes de l'eczéma sont très-peu connues, s'il est possible souvent de déterminer les causes occasionnelles de

cette affection, les influences générales qui provoquent son apparition sont très-obscures. Cependant, je crois avoir observé un beaucoup plus grand nombre d'eczémas des oreilles chez des personnes au tempérament lymphatique.

Dans sa forme généralisée, l'eczéma est aussi souvent le fléau du riche que celui du pauvre, et se produit souvent chez des personnes dont la santé apparente est excellente. Je crois qu'il n'en est pas de même pour l'eczéma localisé de l'oreille. Il m'a paru être plus particulièrement l'habitué du foyer du pauvre, et je suis disposé à croire que toutes les mauvaises conditions hygiéniques et toutes les causes de dépérissement y prédisposent. Je dois ici m'élever contre un préjugé très-enraciné dans l'esprit public, et contre lequel la plupart des médecins ne protestent pas suffisamment, c'est l'idée que l'eczéma des oreilles est quelquefois pour les enfants un mal que l'on doit respecter, et que l'on peut compter pour sa disparition sur les différentes époques de la vie. On compte sur la puberté, on serait bien tenté aussi d'attendre le mariage, si la maladie ne pouvait pas y mettre obstacle par la répulsion qu'elle inspire. On vient alors trop tard réclamer des soins qui se trouvent impuissants.

L'eczéma de l'oreille présente une ténacité plus grande encore que celui des autres parties du corps. Je ne l'ai jamais vu disparaître spontanément, et j'ai eu souvent l'occasion de soigner des malades qui en étaient atteints depuis plusieurs années. Il m'a paru que sa guérison était d'autant plus longue et plus difficile qu'on avait temporisé plus longtemps. J'insiste donc pour qu'un traitement soit toujours institué le plus tôt possible. Les indications de ce traitement seront différentes suivant que la maladie sera à l'état aigu ou à l'état chronique. Si l'eczéma est à l'état aigu, des fomentations seront d'abord employées. On fera plusieurs fois par jour des lotions avec de l'eau de guimauve et de pavôt chaude, et après chacune d'elles on appliquera sur les parties malades une couche d'un mélange à parties égales de l'huile d'amande douce et de l'huile de jusquiame. Ces applications calmeront les démangeaisons. Contrairement à l'opinion de Trousseau, les purgatifs salins fréquemment ré-

pétés m'ont paru très-utiles. Si au bout de quelques jours la maladie a une tendance à passer à l'état chronique, je fais remplacer les lotions émollientes par des lotions alcalines, je fais usage pour cela de solutions de plus en plus fortes, en commençant par une cuillerée à café de bicarbonate de soude dans un verre d'eau chaude.

On a conseillé l'emploi du goudron. MM. Rilliet et Barthez donnent la formule d'une pommade préparée avec cette substance. J'ai fait usage plusieurs fois de ce médicament et j'en ai obtenu de bons effets, mais je préfère l'appliquer en solution. On a recommandé les pommades pour l'eczéma du pavillon ; M. Wilde fait badigeonner la surface avec une solution de gutta-percha dans du chloroforme, répétant l'opération jusqu'à ce qu'on ait obtenu un revêtement complet qu'il faut renouveler de jour en jour aussi souvent qu'il s'écaille (1).

M. de Trœltsch recommande de soupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon. Ces pratiques, peut-être bonnes pour l'eczéma du pavillon, me paraissent défectueuses lorsque le mal à envahi le conduit auditif. Les pommades et les applications ont l'inconvénient d'empêcher l'écoulement des liquides morbides. Au contraire les lotions fréquemment répétées entretiennent un état de propreté toujours très-salutaire, je conseille donc l'usage d'une solution titrée de goudron à la dose d'une cuillerée à soupe dans un verre d'eau chaude, et que l'on emploiera en injections trois fois par jour. Si le mal résiste il ne faut pas hésiter à chercher à modifier par la cautérisation les parties malades. J'ai obtenu plusieurs fois de bons effets de l'application de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau de rose .................... | 30 grammes |
| Nitrate d'argent ............... | 4 |
| Laudanum....................... | 1 |

La cuisson que provoque cette application n'est ni très-vive ni de longue durée.

Les mères de familles ont une grande tendance à appliquer des vésicatoires aux enfants qui sont atteints d'eczéma;

(1) Toynbee, p. 36.

avec tous ceux qui ont écrit sur ce sujet je m'élève contre cet usage, qui peut propager le mal mais qui ne saurait le guérir.

Le traitement topique serait toujours insuffisant si on ne prescrivait pas en même temps un traitement général. Le malade devra exclure de son régime tous les excitants, prendre deux bains d'amidon ou de gélatine par semaine, et s'il porte des traces de scrofule, des bains sulfureux.

Si le tempérament du malade est sanguin, s'il a été sujet aux rhumatismes, c'est à la médication alcaline qu'il faudra avoir recours.

Il est des cas dans lesquels la maladie se présentera avec son caractère herpétique proprement dit, sans qu'il soit possible de rattacher son apparition à la scrofule ou au rhumatisme; il faudra avoir recours aux modificateurs de l'économie dont l'expérience nous a montré toute l'efficacité : l'arsenic, le mercure et l'iodure de potassium sont les plus énergiques. Wendt a venté la poudre de Plummer dont je trouve la formule dans l'excellent traité de MM. Rilliet et Barthez.

| | |
|---|---|
| Calomel.................... | ãã 20 centigr. |
| Souffre doré d'antimoine... | |
| Sucre blanc.............. | 8 gr. |

pour 12 paquets.

Le malade doit prendre un de ces paquets trois fois par jour. Je pense qu'il faut réserver cette médication pour les sujets vigoureux.

La médication thermo-minérale sera toujours très-efficace, et je dois ajouter qu'il sera parfois difficile d'assurer une guérison sans y avoir recours. Les eaux *thermales* sulfureuses, chlorurées sodiques, alcalines et arsenicales, suivant les indications signalées plus haut sont celles auxquelles on pourra avoir recours.

L'observation suivante démontre que l'eczéma peut envahir les oreilles sans s'être manifesté sur une autre partie du corps.

### Observation I.

Double eczéma des pavillons et des conduits; surdité. — Guérison.

Mme X..., 54 ans, fut confiée à mes soins par M. Hardy, dentiste de l'institution nationale des sourds-muets. Cette dame, d'une bonne santé générale, avait depuis plusieurs années un double eczéma des pavillons et des conduits auditifs qui, de temps en temps, présentait de véritables fluxions, durant lesquelles elle entendait beaucoup moins bien, mais qui était toujours pour elle un véritable supplice. Elle en faisait remonter à cinq ans auparavant l'apparition, époque de la ménopause; depuis lors la maladie avait varié d'intensité, mais n'avait jamais cessé.

Les deux pavillons étaient rouges, tuméfiés surtout au pourtour du conduit auditif; l'épiderme fendillé laissait sourdre une sérosité louche qui tachait le linge; le mal s'étendait presque jusqu'au fond du conduit auditif; les membranes des tympans cependant ne paraissaient pas atteintes au même degré. Le diagnostic de l'eczéma n'était pas douteux; cette dame m'affirma qu'elle ne portait sur le corps aucune trace de cette maladie, et qu'elle n'avait jamais eu de dartres.

Un traitement dépuratif d'abord, puis l'usage de l'arsenic, des lotions alcalines furent les moyens employés, et qui réussirent en quelques mois à amener une guérison complète.

### Observation II.

Disparition de manifestations dartreuses sur les mains et sur la poitrine. — Eczéma des conduits auditifs. — Guérison.

M. X..., 65 ans, vint me consulter le 25 octobre dernier pour une surdité déjà fort gênante.

D'une constitution en apparence très-robuste, et d'un tempérament sanguin, M. X... était malade depuis près d'un an. Il avait eu vers cette époque des manifestations dartreuses sur les mains et sur la poitrine; il avait souffert de douleurs rhumatismales pour lesquelles il avait été prendre les eaux de Bourbonne, mais il n'en avait pas retiré grand profit. En revenant, il crut subir en wagon un courant d'air, et c'est à ses

effets qu'il attribuait l'affection des oreilles pour lesquelles il venait me consulter.

L'audition était fort altérée; M. X... n'entendait l'échappement de ma montre qu'au contact à gauche et à droite à deux ou trois centimètres. Il se plaignait d'un bourdonnement incessant, d'une sensation de plénitude des oreilles et d'une démangeaison assez vive.

Les conduits auditifs étaient rétrécis, la surface fendillée était rouge par places. Les tympans étaient plus épais; on constatait un engorgement marqué de la chaîne des osselets.

Toutes les autres manifestations dartreuses avaient complétement disparu. M. X... crut devoir, en me faisant connaître son état, me dire qu'une tristesse très-grandc était la disposition constante de son esprit; qu'il ne pouvait plus trouver de distraction, et que cette mélancolie sans sujet était assez forte pour lui faire parfois désirer la mort.

Voyant M. X... pour la première fois, j'avais à me préoccuper de cet état général, et à rechercher si une lésion cérébrale grave n'était pas imminente. Quelques purgatifs salins furent administrés, je prescrivis des lotions alcalines dans les oreilles et, plus tard, un traitement arsenical. Après trois mois de traitement, durant lesquels un certain nombre de poussées se produisirent sur les oreilles, alors qu'un mieux depuis quelques jours semblait faire espérer la guérison, le bien-être général reparut, les bourdonnements cessèrent, l'audition devint meilleure, et l'eczéma des oreilles disparut complétement.

---

La seconde affection herpétique à laquelle je veux consacrer quelques lignes est le pityriasis du conduit auditif. Après l'eczéma, c'est l'affection cutanée qui m'a paru le plus souvent envahir l'oreille externe et se propager jusqu'à la caisse du tympan. Triquet a eu le mérite d'appeler plus particulièrement l'attention sur ce sujet, mais il n'a pas consacré à cette affection le chapitre spécial qu'elle mérite.

Le pityriasis est une maladie de la peau, caractérisée par une exfoliation de l'épiderme, avec ou sans changement de couleur du derme, mais qui s'accompagne toujours d'une démangeaison assez vive.

Les dermatologistes en ont décrit quatre variétés principales, sous la dénomination de pityriasis alba, rubra, versicolor, et nigra. C'est la première de ces espèces que j'ai eu l'occasion d'observer sur l'oreille.

Le pityriasis alba, dont on a fait une sous-variété sous le nom de pityriasis capitis, est très-tenace. C'est le pityriasis du cuir chevelu, de la barbe et des parties du corps plus particulièrement couvertes de poils. Il se manifeste dans l'oreille à l'époque où les poils acquièrent plus de développement et de consistance, c'est-à-dire entre 40 et 60 ans. Je n'ai pas eu occasion de l'observer chez des jeunes gens et des enfants.

La surface de la peau est légèrement fendillée et se trouve couverte de petites écailles blanchâtres. Il suffit de gratter légèrement avec l'ongle pour les enlever. On constate alors que la peau est altérée, que le derme est épaissi et présente une teinte rosée. La couche épidermique exfoliée une fois enlevée, il s'en forme une nouvelle qui rend à l'oreille cet aspect rugueux. Le conduit auditif est diminué par le gonflement des parois. Les débris épidermiques détachés sont repoussés au fond du conduit le plus souvent par le grattage, et forment sur le tympan des dépôts qui ont l'apparence de fausses membranes. Le conduit auditif paraît tapissé par une matière blanche d'aspect caséeux, et qu'une irrigation un peu forte suffit pour enlever. D'autres fois l'exfoliation de l'épiderme se fait par de véritables lambeaux. Leur extraction suffit pour rendre l'audition meilleure, mais l'état du derme peut faire prévoir prochainement une nouvelle obstruction du conduit. Le derme est en effet épaissi, la sécrétion cérumineuse est ou diminuée ou tarie. Les malades se plaignent d'une chaleur assez vive dans les conduits et de fortes démangeaisons. Ces symptômes semblent augmenter pendant la digestion. Il se produit, en effet, à ce moment, une rougeur très-vive de l'oreille. Les malades ont des sensations de bruits : ce sont tantôt des battements isochrones au pouls, tantôt des bourdonnements, des bruits de cloche ou de sifflets.

Le pityriasis est très-souvent héréditaire. Le tempérament

lymphatique semble y prédisposer particulièrement. Cette affection ne m'a jamais paru limitée aux parois des conduits auditifs, le cuir chevelu en est toujours atteint. La maladie s'est-elle étendue de proche en proche ? le germe a-t-il été porté dans l'oreille par les doigts des malades ? Ces deux modes de propagations doivent être également fréquents.

On distinguera toujours aisément le pityriasis de l'eczéma sec du conduit auditif. Il serait au contraire aisé de confondre les produits du pityriasis accumulés avec les fausses membranes de l'aspergillus. Le siége de ces deux affections pourra aider à les reconnaître, l'une naît et se développe dans le fond du conduit et ne se manifeste pas au dehors, c'est l'aspergillus ; l'autre se manifeste sur les parties externes avant d'envahir les conduits et les tympans. Enfin le microscope donnera la caractéristique des cellules de l'une et de l'autre.

La pityriasis des conduits auditifs ne se produit jamais avant l'âge mûr. C'est à partir de quarante ans qu'on l'observe, et il m'a paru surtout fréquent chez les personnes chez lesquelles les poils des conduits auditifs étaient devenus longs, abondants et durs. C'est une affection tenace et qui nécessite toujours un traitement de plusieurs mois. La diminution du calibre du conduit auditif, l'épaississement considérable du tympan, l'engorgement de la caisse et surtout de la chaîne des osselets sont les déformations de l'oreille que l'on observe lorsque la maladie a été longtemps négligée. La surdité est toujours occasionnée par les déformations que je viens d'indiquer. Ces altérations sont suffisantes pour justifier la dysécie et les bruits anormaux dont les malades se plaignent, la bonne perception du son à travers les surfaces osseuses du crâne m'a toujours fait supposer que les manifestations du pityriasis ne s'étendaient pas au delà de la caisse du tympan et ne se propageaient pas jusqu'au labyrinthe.

Ne voulant étudier dans ces quelques pages que les caractères du pytyriasis de l'oreille, je ne me propose pas de passer en revue les médications générales qui ont été propo-

sées pour cette affection. Pour toutes les maladies de la peau, il est absolument nécessaire d'étudier avec soin les conditions générales de la santé du malade si on veut appliquer un traitement véritablement efficace. Est-il besoin de rappeler que les médications sulfureuses et arsénicales sont celles auquelles on a le plus souvent recours? Le traitement spécial et local doit seul être exposé ici.

Je recommande d'abord de faire couper avec des ciseaux et avec soin les poils des conduits auditifs de façon à ce que les débris épidermiques soient facilement enlevés, et que les médicaments puissent mieux être appliqués sur le derme malade.

Des lotions sulfureuses des conduits, soit avec de l'eau naturelle de Challes, soit avec un mélange de quelques gouttes d'une solution de sulfure de potassium dans de l'eau tiède m'ont rendu souvent de grands services. J'ai obtenu le plus souvent de très-bons effets d'injections renouvelées matin et soir avec de l'eau tiède, additionnée de 10 gouttes de la solution suivante pour un demi-verre:

| | | |
|---|---|---|
| Eau de cologne.............. | 100 | grammes. |
| Sublimé...................... | 1 | » |

Le bromure de potassium soulage les malades atteints de pityriasis comme ceux qui sont atteints d'eczéma, en diminuant les ardeurs et les démangeaisons. Lorsque l'affection herpétique a disparu, le tympan conserve souvent une rigidité trop grande qui provoque un certain degré de surdité. Des applications sur le tympan d'un corps gras comme l'huile d'amande douce, et le cathétérisme avec insuflation des caisses renouvelé tous les deux jours, rendront aux organes une certaine souplesse et permettront de rétablir dans une certaine mesure la fonction.

### Observation I.

Pityriasis très-abondant surtout à droite. — Troubles auditifs. — Guérison.

Mme D..... me fut adressée par mon confrère et ami, M. le Dr Maingault; elle avait cessé d'être réglée depuis trois ans, et

depuis cette époque elle se plaignait de douleurs très-vives dans les oreilles. Ces douleurs avaient tellement réagi sur le système nerveux de cette dame que sa santé s'en trouvait profondément altérée. Elle avait depuis longtemps perdu le sommeil, et elle se sentait très-affaiblie. Elle se plaignait aussi de congestions du visage qui se produisaient incessamment sous l'influence la plus légère. Elle devenait pourpre et était prise de vertiges et d'éblouissements. Elle avait été prendre les eaux de Néris sans profit, et se sentait chaque jour plus souffrante. Elle avait eu à plusieurs reprises de petits abcès dans les oreilles.

L'oreille droite était tuméfiée, le conduit presque complétement bouché. La malade y éprouvait une démangeaison très-vive; le moindre contact était très-douloureux. Après quelques embrocations calmantes, je pus m'assurer que le tympan était un peu plus épais, mais sa situation, sa motilité me faisaient supposer que l'oreille moyenne était saine. Cependant M^me^ D... n'entendait l'échappement de ma montre que lorsqu'elle était appliquée sur l'oreille. La peau du conduit auditif était sèche et fendillée; on détachait facilement de sa surface de nombreux débris épidermiques blanchâtres. Elle avait, en un mot, un pityriasis du conduit très-abondant. Du côté droit, l'audition était bonne, le tympan était intact, mais la paroi du conduit était également malade. Les congestions subites du visage et de la tête provoquaient un bourdonnement qui, se reproduisant souvent dans la journée, était presque incessant.

M^me^ D..., d'un tempérament lymphatique, était sujette à une constipation opiniâtre.

Je prescrivis : un verre d'eau de Birmensdorf tous les matins; des injections fréquentes dans les oreilles avec de l'eau de pavot; l'application matin et soir, à l'aide d'un pinceau, sur les parties malades, de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau de rose................ | 30 gr. |
| Sulfate de cuivre............ | 0,05 centigr. |

Vingt jours après, M^me^ D... éprouvait une très-grande amélioration. Les pellicules étaient moins abondantes, l'état général était aussi bien meilleur, les congestions du visage étaient bien moins fréquentes, et les bourdonnements bien moins forts. Je prescrivis l'application dans les oreilles du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Glycérine neutre.................... | 30 gr. |
| Fleur de soufre.................... | 1 |

L'usage de l'eau purgative fut cessé, et Mme D... prit chaque matin une pilule d'un milligramme d'arséniate de soude. En même temps que le traitement arsenical, Mme D... prit alternativement du bromure et de l'iodure de potassium. Ce traitement fut continué ainsi, avec des interruptions, pendant cinq mois. A ce moment, Mme D... allait tout à fait bien. Elle a été consolider sa guérison par une saison à Saint-Gervais.

### Observation II.

Pityriasis très-confluent du cuir chevelu et des conduits auditifs. — Persistance très-grande de la maladie. — Amélioration plus ou moins durable par divers traitements.

M. X... vint me consulter vers la fin de 1869 pour une surdité qui commençait à se faire sentir plus particulièrement sur l'oreille gauche. M. X..., qui appartenait au Sénat, et y prenait souvent la parole, n'avait plus conscience du timbre de sa voix, et était sans cesse préoccupé de la pensée qu'il n'était ni entendu, ni compris. Il éprouvait aussi dans l'oreille droite un bourdonnement très-fatigant.

Je constatai qu'il avait un pityriasis abondant sur le cuir chevelu, mais plus particulièrement sur le milieu de la tête. Les pavillons étaient envahis. Des poils durs et nombreux cachaient cette même affection qu'on retrouvait sur toute la surface des conduits auditifs. Les parois tuméfiées diminuaient le calibre de ces conduits. Leurs surfaces étaient fendillées et couvertes de débris épidermiques à demi détachés. La partie la plus profonde des conduits était obstruée par des fragments d'épithélium qui, rendus humides par les secrétions de l'oreille, avaient un peu l'aspect de fausses membranes. Quelques irrigations permirent de constater que les tympans étaient épaissis; le marteau faisait une saillie exagérée. M. X... se plaignait de démangeaisons incessantes, l'audition était notablement affaiblie. L'échappement de ma montre était entendu à 4 centimètres à droite, et à 20 centimètres de l'oreille gauche. Je prescrivis un traitement dépuratif et des lotions alcalines qui n'eurent aucun bon effet. Je cherchai alors à modifier les surfaces malades par l'application, deux fois par semaine, d'une solution de 0,25 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau distillée. Ces applications produisirent une amélioration rapide, mais qui ne se maintenait pas quand on cessait le traitement pendant quelque temps.

Je mis le malade à l'usage de l'arsenic, et je fis faire, matin et soir, sur toutes les parties affectées de pityriasis, des lotions avec une solution très-étendue de sublimé. Cette application avait l'avantage de faire disparaître aussitôt toutes les pellicules, et de donner pour quelque temps à la peau son aspect normal; mais le germe n'était pas atteint, et le mal se reproduisait au bout de quelque temps.

Vers le commencement du printemps, je voulus essayer de l'eau de Saint-Christau; j'en fis prendre à l'intérieur un verre tous les matins, des douches pulvérisées avec cette même eau furent données sur les parties malades, et, à ses repas, M. X .. prit du vin de quinquina.

Cette médication eut les meilleurs effets, et elle aurait amené une guérison complète si elle n'avait pas été interrompue toutes les fois que le bien-être paraissait satisfaisant.

J'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades atteints de pityriasis. Les deux observations que je viens de résumer suffisent :

1° Pour démontrer l'existence du pityrasis dans les conduits auditifs, et ses effets sur l'audition;

2° Pour prouver la résistance et la tenacité de cette affection;

3° Pour donner un aperçu des différents traitements qui m'ont été utiles.

---

## DE L'HERPÉTISME ET DE L'ARTHRITISME DE LA GORGE ET DES PREMIÈRES VOIES.

Par le Dr **Isambert.**

Un grand nombre de médecins reconnaissent aujourd'hui volontiers qu'il existe un rapport entre les maladies chroniques des muqueuses des premières voies et les états diathésiques généraux connus sous le nom d'herpétisme et d'arthritisme. Toutefois, si l'idée est assez généralement acceptée, on est étonné de voir le peu de place qu'elle occupe encore dans la littérature médicale. Les traités classiques de

pathologie sont muets à cet égard. Dans les deux grands dictionnaires en cours de publication, les articles *larynx* et *laryngites* omettent complétement les influences diathésiques dont nous parlons. Dans les articles *angines*, quelques lignes seulement sont consacrées par M. Peter (Dictionnaire encyclopédique), et par M. Desnos (Dictionnaire Jaccoud), à l'angine goutteuse, et la notion d'angine herpétique est réservée à l'histoire de l'angine glanduleuse ou folliculeuse. Garrod lui-même, parmi toutes les manifestations viscérales de la goutte, ne mentionne pas les premières voies. Trousseau, qui s'est tant occupé des angines et des laryngites, oublie l'influence de la goutte ou de la dartre sur la gorge et le larynx. M. Bazin, qui a si bien étudié les maladies de la peau à cet égard, ne donne aucune description de l'herpétisme ou de l'arthritisme de la gorge : il ne mentionne que la langue. En somme, en dehors des médecins de l'école de Montpellier, restés toujours fidèles à la notion des diathèses; en dehors de l'école de l'hôpital Saint-Louis, qui a fait, dans ces dernières années surtout, d'intéressantes recherches sur la muqueuse de la langue et de la bouche; en dehors des médecins de nos stations thermales, voués par leur position à l'étude des maladies chroniques, on trouve peu d'auteurs qui aient fait mention du sujet qui nous occupe; on en trouve encore moins qui aient apporté des faits précis à l'appui d'une notion qui reste, chez la plupart, à l'état de conception générale, un peu vague, attendant sa confirmation. Plusieurs ont noté la coïncidence de lésions cutanées et d'affections chroniques des muqueuses : aucun n'a indiqué les caractères objectifs permettant de reconnaître ces manifestations diathésiques des muqueuses et d'en établir le diagnostic. M. Gueneau de Mussy est le seul qui, dans son *Traité de l'angine glanduleuse* et dans sa *Clinique médicale*, ait étudié les lésions de la gorge à ce point de vue, mais il s'est borné à une lésion unique. M. Lasègue (*Traité des angines*, p. 285, 288, et 338) a bien admis la réalité des angines goutteuses et herpétiques, mais il a renoncé à en donner les caractères objectifs.

Il serait intéressant de rechercher, au point de vue historique, tous les auteurs qui ont mentionné l'influence des dia-

thèses herpétique et arthritique sur les premières voies, d'analyser et de condenser tous les faits qui ont été apportés à l'appui. Mais ce travail, que nous espérons réaliser un jour, demanderait un temps et un espace dont nous ne pouvons disposer dans cette revue, et nous devons nous borner aujourd'hui à mentionner très-sommairement, au passage, les derniers travaux publiés à ce sujet. Notre but, dans le présent article, est de faire connaître dès à présent les impressions personnelles que nous avons recueillies dans les études d'après nature auxquelles nous nous livrons depuis plusieurs années, soit au dispensaire laryngoscopique de l'Assistance publique, soit dans notre service hospitalier, soit dans notre pratique de la ville.

Le sujet est difficile : bon nombre de médecins, pour ne parler que de notre pays, répugnent encore à l'idée même des diathèses. Ceux-là, nous avons peu d'espoir de les convaincre. D'autres ne repoussent pas l'idée générale, mais ils ont peu d'occasions d'observer la gorge et surtout le larynx, ou bien ils observent sur un théâtre spécial, qui leur fait envisager exclusivement certaines catégories de faits, et repousser ceux qu'ils n'ont pas vus. Nous en avons eu la preuve quand nous avons publié nos recherches sur les angines scrofuleuses. Il s'agissait pourtant alors de lésions très-visibles, observables au simple abaisse-langue, et qui ne semblaient guère prêter à discussion. Après quelques résistances nous avons eu pourtant le bonheur de voir nos observations confirmées peu à peu par plusieurs de nos confrères qui les avaient d'abord contestées. Or il s'agit aujourd'hui de caractères bien plus délicats, quelquefois de simples nuances où il faut apporter l'œil d'un coloriste, et que l'on trouvera sans doute bien incertains et bien vagues. Cependant ces caractères si fugitifs trouvent de jour en jour, dans nos observations, une confirmation pratique qui nous fait espérer que nous ne sommes pas le jouet d'une illusion. Nous donnerons donc nos idées pour ce qu'elles valent, prêt à réformer, dans une étude si délicate et qui ne fait que de naître, tout ce que l'expérience ne confirmerait pas par la suite.

Le titre même de cet article, l'*herpétisme* et l'*arthritisme*, montre combien nous nous sentons embarrassé, dès le début, de déterminer les caractères objectifs de ces deux diathèses dans les muqueuses des premières voies. Il nous a été impossible, en effet, de consacrer à chacune d'elles un chapitre séparé. Mais comment s'en étonner? Pour les dermatologistes eux-mêmes, qui poursuivent cette étude depuis bien des années, et au grand jour, à la surface de la peau, la séparation de ces diathèses est encore pleine de doutes. Les uns nient presque complétement les arthritides cutanées, tandis que M. Bazin et ses élèves en multiplient le nombre au point d'absorber en elles la majeure partie des dartres étudiées par nos devanciers. Qu'on nous permette donc de réunir provisoirement ces deux diathèses dans la recherche des faits et des caractères que nous allons exposer. Admettons, comme les dermatologistes, des lésions morbides élémentaires, comme l'eczéma, le psoriasis; cherchons leurs analogues dans les muqueuses des premières voies, et nous verrons ensuite si nous pouvons spécifier à laquelle des deux diathèses il faut rattacher chacune de ces formes morbides (1).

Toutefois, si nous sommes persuadé que l'idée de rechercher dans la gorge les analogues des dermatoses est une idée féconde pour éclairer l'histoire des angines, nous croyons également qu'il est très-dangereux de trop systématiser cette donnée première, et de vouloir, coûte que coûte, retrouver sur les muqueuses internes les mêmes manifestations anatomo-pathologiques, ou seulement morphologiques, que sur le tégument externe. L'étude de la syphilis, notamment, nous a montré combien était illusoire la prétention de

(1) M. N. Gueneau de Mussy a été obligé de faire une pétition de principe de cette nature dans ses leçons sur l'*herpétisme utérin*. (*Clinique médicale*, t. II, p. 260 et p. 316.) Il donne *provisoirement* le nom d'herpétisme à toutes les coïncidences de maladies utérines et de dermatoses, tout en déclarant que l'arthritisme en réclamera la majeure partie, et que l'herpétisme n'est probablement qu'une forme dérivée ou dégénérée de l'arthritisme.

retrouver dans le larynx les analogues de toutes les syphilides cutanées.

Pour procéder avec prudence dans une recherche où tout à peu près est à faire, il faut, au début, se baser surtout sur les coïncidences que l'on peut observer entre les maladies cutanées et celles des muqueuses. Nous pouvons dire sans crainte que ces coïncidences existent, qu'elles ont été observées avant nous par beaucoup de médecins : il importe seulement de préciser quelles sont ces coïncidences, qui sont loin d'appartenir à toutes les dermatoses.

En première ligne nous citerons l'*eczéma*. Les malades atteints d'eczéma du tronc, des membres, ou des parties génitales, sont sujets à des laryngites rebelles, caractérisées par la toux quinteuse, la fatigue rapide de la voix, si le malade se livre à l'exercice du chant ou de la parole, et l'enrouement habituel plutôt que l'aphonie véritable. Ces phénomènes laryngiens peuvent, sans doute, se produire avec la dermatose, mais il nous a semblé que, plus fréquemment, ils *alternaient avec les poussées cutanées*. Le fait a été surtout évident chez un avoué de province, qui m'avait été adressé par mon collègue le docteur Dumontpallier, et qui présentait des périodes de laryngites, alternant tantôt avec des poussées d'eczéma sur les jambes et sur le tronc, tantôt avec de l'albuminurie et un léger degré d'anasarque.

Le *pityriasis capitis*, maladie souvent fugace, mais souvent aussi très-invétérée, nous a fourni un nombre considérable de coïncidences laryngiennes. Une des malades qui nous a e plus frappé à cet égard, et dont la chevelure semblait véritablement poudrée, comme à la mode du siècle dernier, présentait en même temps une desquamation analogue sur le mont de Vénus et tout autour de la vulve. Elle était atteinte également de prurit vulvaire et de métrorrhagies assez fréquentes. Ce fait ayant attiré notre attention, nous reconnûmes que bon nombre de femmes, atteintes de prurit vulvaire incommode, étaient en même temps atteintes de pityriasis capitis, souvent de laryngite chronique ; souvent, en retournant le problème, il nous est arrivé de questionner à ce sujet des femmes qui venaient nous consulter pour leur

larynx, et d'en obtenir l'aveu qu'elles souffraient de prurit vulvaire, d'écoulements légers, et dans quelques cas même de vaginisme très-pénible. Ces symptômes étaient liés quelquefois à de la vaginite granuleuse, ou à des ulcérations superficielles du col utérin. Le prurit vulvaire nous a paru s'accompagner parfois d'un aspect particulier de la face interne des petites lèvres : aspect chagriné très-fin, avec une nuance gris opalin qui nous a guidé pour l'appréciation de la muqueuse pharyngée, comme nous le verrons plus loin. Souvent les surfaces muqueuses sont recouvertes d'un suintement séro-muqueux, légèrement opalin, et que l'on retrouve aussi dans le vagin et sur le col utérin.

M. N. Gueneau de Mussy (*Clinique médicale*, t. II, p. 309 et suiv.) a traité avec une grande autorité du prurit vulvaire, et fait ressortir la connexion de cette maladie fâcheuse avec l'arthritisme. En décrivant l'aspect des parties, il indique bien l'état chagriné de la muqueuse vulvaire, mais en même temps des lésions beaucoup plus prononcées, le développement variqueux et œdémateux des nymphes, leur hypertrophie, l'allongement du prépuce clitoridien, etc. Nous avons noté nous-même ces caractères chez certaines femmes, mais ce n'est pas chez celles-là que nous avons noté les coïncidences laryngées. En général, et ceci s'applique aux dermatoses comme à la maladie qui nous occupe en ce moment, c'est dans les cas de moyenne intensité, ou dans les cas même les plus légers, que nous avons observé les laryngites rebelles. Peut-être n'est-ce là qu'une coïncidence fortuite, sur laquelle nous serons obligé de revenir plus tard; mais peut-être aussi ce fait ne serait-il qu'une application de cette *alternance* que nous avons signalée plus haut, et par laquelle une lésion cutanée grave agirait à la manière d'un révulsif qui, pendant toute sa durée, supprimerait la manifestation pharyngo-laryngée. C'est peut-être la cause du petit nombre des maladies laryngées qui ont été signalées par les dermalotogistes observant sur le vaste théâtre de l'hôpital Saint-Louis.

*L'acné simplex* coïncide avec les angines pharyngolaryngées. Mais il faudrait spécifier à quelle espèce d'acné

répond cette coïncidence. Cette étude est encore à faire.

L'*impetigo* ne nous a pas jusqu'à présent fourni de laryngites. Dans un cas récemment observé par nous, nous avons cherché vainement une manifestation pharyngo-laryngée quelconque chez une jeune fille couverte de croûtes épaisses d'impetigo.

Le *prurigo* ne nous a rien fourni pour le larynx. Cette maladie, dans sa forme parasitaire au moins, ne devait en effet rien nous fournir.

Nous ne savons rien du rupia ni de l'ecthyma.

Un malade que nous avons vu tout récemment avec le professeur Hardy, et qui était atteint d'un *lichen* des mains et de gravelle urique, souffrait en même temps d'une laryngite chronique légère, et d'un léger degré d'aphonie.

Le *pemphigus* a fourni à M. Lasègue une observation d'angine pharyngée pemphigoïde caractérisée par des plaques blanchâtres de moins de 1 centimètre de diamètre sur les piliers, et la muqueuse du pharynx. Le même malade souffrait de spasmes violents de l'œsophage (*Traité des angines*, p. 139, 140). Nous ne connaissons pas de fait analogue pour le larynx.

Le *psoriasis* a fourni également des manifestations laryngées dans ses différentes variétés : psoriasis herpétique, et psoriasis arthritique. Nous n'ajoutons pas la forme syphilitique, par ce que la laryngite ne serait alors que la syphilis laryngée déjà reconnue depuis longtemps. D'excellentes études ont été faites sur le psoriasis lingual par M. Bazin et les médecins de l'hôpital Saint-Louis ; dans ces derniers temps, notre collègue le docteur Mauriac a publié un mémoire étendu sur ce sujet, et M. le docteur Debove l'a pris pour sujet de sa thèse inaugurale. M. Lasègue dit avoir rencontré quelquefois le psoriasis pharyngien, mais il ne pourrait en donner des observations, parce que dans ces cas, il était possible d'attribuer le psoriasis à une infection syphilitique (ouvrage cité, p. 141).

Enfin, tout récemment, nous avons constaté une pharyngolaryngite chronique chez un jeune homme atteint d'*herpès récidivant* des parties génitales. On sait que cette maladie

est pour M. Bazin en connexion avec l'arthritisme. Quant à l'herpès labialis ou præputialis ordinaire, il se rapproche beaucoup plus des fièvres éruptives que des diathèses. Tout le monde connaît l'angine à laquelle il donne lieu, mais nous ne connaissons encore aucun fait d'herpès proprement dit dans le larynx. Nous pourrions en dire autant de *l'urticaire*. M. Lasègue a rapporté (ouvr. cité, p. 134-138) deux observations d'urcitaires pharyngiennes, mais nous ne connaissons pas de faits analogues pour le larynx.

Telles sont les maladies cutanées où nous avons noté des coïncidences avec des pharyngo-laryngites plus ou moins rebelles. On voit qu'elles ne constituent qu'une faible proportion dans le nombre considérable des dermatoses étudiées par les médecins; nous sommes loin de prétendre que ce soient les seules maladies de la peau qui puissent se répercuter sur les muqueuses internes; nous sommes même tout disposé à croire le contraire. Mais ce serait aux médecins de l'hôpital Saint-Louis à nous apporter des faits; nous sommes réduit pour notre part à signaler ceux que nous avons rencontrés dans un service hospitalier, qui, n'ayant rien de spécial à cet égard, ne nous présente des dermatoses que comme exception. Remarquons de plus que si les maladies que nous venons de citer ne sont pas nombreuses, elles sont en revanche au nombre des plus communes, et atteignent un nombre considérable d'individus. Ce sont celles qui rentrent dans la dartre proprement dite (herpétisme) ou dans l'arthritisme. Les grandes catégories comprises sous le nom de maladies parasitaires ou artificielles ne semblent pas avoir de retentissement sur les muqueuses des premières voies. Les parasites cutanés ne paraissent pas pénétrer jusqu'à la gorge, et les corps irritants auxquels certaines professions exposent le tégument externe ne nous ont pas encore fourni de faits relatifs au pharynx ou au larynx. Il faut attendre pour cela les enseignements qu'une expérience ultérieure pourra nous apporter. Quant aux scrofulides et aux syphilides, qui occupent une si large place parmi les dermatoses, elles ne rentrent pas dans le sujet

de cet article. Nous avons dans un autre recueil (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1871-1872.) étudié la scrofule de la gorge, et la syphilis pharyngo-laryngienne est en ce moment même dans nos *Annales* l'objet d'un travail de nos collaborateurs, auquel nous aurons sans doute à ajouter prochainement le résultat de nos propres observations.

Nous venons donc d'indiquer les principales manifestations cutanées de l'herpétisme et de l'arthritisme, qui coïncident ou qui alternent avec des angines pharyngées ou laryngées. Quels sont maintenant les caractères de ces pharyngo-laryngites?

Ordinairement les symptômes ne diffèrent pas de ceux des pharyngo-laryngites catarrhales chroniques, et présentent seulement une durée plus grande, et surtout une tendance incessante aux récidives. L'inspection des parties affectées nous offre-t-elle des caractères objectifs?

Tout d'abord nous devons avouer que les muqueuses du pharynx et du larynx ne nous offrent pas de caractères répondant à chacun des éléments morbides, pityriasis, eczéma, psoriasis, etc., que nous venons d'énumérer, et que nous ne trouvons jusqu'à présent que des caractères communs à ces différents éléments.

Pour le larynx, le miroir nous révèle un état de laryngite catarrhale, qui n'a rien de bien caractéristique, si on l'envisage seul. Nous y trouvons toutefois la confirmation d'une loi que nous avons cru pouvoir établir ailleurs (*Conférences cliniques sur les maladies du larynx*, dans le journal le *Progrès médical*, 1875), à savoir : que si les laryngites simples produisent une rougeur générale et uniforme de la muqueuse laryngée, les laryngites diathésiques donnent lieu au contraire à des *rougeurs partielles et disséminées*. Dans les diathèses qui nous occupent ici, on trouve en effet sur les cordes vocales une rougeur catarrhale partielle, répondant le plus souvent à la forme de *stries transversales* ou perpendiculaires au grand diamètre des cordes vocales, ou des rougeurs en *coups de pinceau* sur les parties des cordes vocales le plus rapprochées des commissures

laryngiennes antérieure et postérieure. Cette rougeur s'accompagne d'un aspect dépoli des surfaces, et d'éraillures superficielles, plutôt que d'ulcérations véritables. Ces rougeurs partielles se retrouvent sur la muqueuse des cordes vocales supérieures et de tout l'infundibulum laryngien, avec un aspect plus ou moins chagriné dû à l'inflammation des petites glandules de cette membrane. Quant à la commissure postérieure ou interaryténoïdienne, elle présente souvent un *aspect velvétique* très-marqué. On sait que le nom d'aspect velvétique a été donné à une prolifération épithéliale exagérée, par laquelle la surface de la muqueuse semble couverte de papilles allongées semblables à des brins de *velours d'Utrecht*. Cet aspect a été considéré comme propre au premier degré de la phthisie laryngée, et l'on en tirait un pronostic assez grave. Nous avons eu l'occasion de voir plus d'une fois ces pronostics démentis par des malades qui revenaient à la santé et ne présentaient aucun développement de tubercules. Nous avons par contre rencontré l'aspect velvétique à son maximum chez des malades atteints d'eczéma cutané, notamment chez l'avoué de province dont nous parlions ci-dessus. Aujourd'hui l'aspect velvétique proprement dit, l'aspect de *brins de velours d'Utrecht*, nous paraît plutôt propre aux herpétiques qu'aux phthisiques : chez ceux-ci, la prolifération épithéliale est moins fine, et les saillies ressemblent plus à de petites verrues qu'à de simples papilles filiformes.

En somme, et sauf l'aspect velvétique, les lésions laryngées de l'herpétisme sont très-semblables à celles de la laryngite catarrhale chronique, mais plus partielles.

Dans le pharynx, il nous sera également difficile de trouver des caractères objectifs tranchés, et tant qu'on a cherché seulement dans cette région, on est resté dans l'incertitude. Les auteurs qui ont eu la volonté de rechercher l'arthritisme pharyngien n'ont noté que de la rougeur chronique et de l'angine glanduleuse. Celle-ci est incontestable, mais le volume et la forme des glandules sont très-variables, et il est fort difficile d'attribuer des caractères particuliers à l'angine glanduleuse arthritique ou herpétique, d'autant plus

que cette muqueuse est directement affectée par des causes banales et hygiéniques, telles que l'habitude du tabac ou l'usage des alcooliques, ou enfin par le cumul possible des diathèses. Il faut rechercher pour l'étudier des sujets exempts de ces habitudes hygiéniques, et exempts de toute complication scrofuleuse, syphilitique ou tuberculeuse. Or, dans quelques-uns de ces cas très-simples, voici ce qui nous a paru caractériser l'herpétisme pharyngien : la muqueuse rétropharyngienne présente une coloration générale d'un rose tendre, un peu pâle, mais de nuance assez animée (un peu carminée) et mêlée d'un *reflet opalin* général. Cette nuance nous a frappé un jour par l'analogie frappante qu'elle présentait avec la teinte opaline des petites lèvres d'une jeune femme atteinte de prurit vulvaire. C'est par cette voie indirecte que nous l'avons saisie, mais nous l'avons retrouvée depuis chez un grand nombre de malades des deux sexes. C'est sans doute cette coloration que veut indiquer M. Gigot-Suard (*de l'Uricémie*, p. 210, Paris 1875) lorsqu'il parle d'une coloration pâle avec teinte ardoisée, qu'il aurait rencontrée dans plusieurs cas d'arthritisme.

Sur ce fond général rose opalin se détachent un certain nombre de glandules peu volumineuses, mais d'un rouge vif, carminé, et entourées d'un réseau vasculaire très-fin et d'une nuance également assez vive.

Cet aspect simple, que nous avons cru d'abord le type de la pharyngite herpétique, mais qui appartient pour une part au moins égale à l'arthritisme, est altéré, dans le plus grand nombre de cas, par les complications auxquelles nous faisions allusion plus haut; ainsi l'alcoolisme rendra les lacis vasculaires plus saillants, plus volumineux, et déterminera un état variqueux de ces vaisseaux, en même temps qu'un volume plus grand des glandules. L'habitude de fumer exaspérera l'inflammation des glandules, leur donnera un volume énorme; c'est peut-être le mélange de l'arthritisme et du tabac qui produit l'angine glanduleuse la plus prononcée, la plus grossière, si je peux employer cette expression.

On comprend que les caractères que nous venons d'indiquer pour le larynx et le pharynx n'auraient pas par eux-

mêmes une valeur suffisante pour nous conduire à un diagnostic direct de l'herpétisme. Leur réunion, leur ensemble, peut déjà nous en apprendre un peu plus ; la localisation première de la région affectée nous paraît encore plus décisive. En étudiant la scrofule, la syphilis, la tuberculose, nous avons déjà remarqué que chacune de ces diathèses avait son point de départ à peu près constant : la syphilis marque ses premières manifestations à la paroi antérieure du voile du palais, la scrofule à la paroi postérieure du pharynx, la phthisie laryngée dans le larynx et en particulier à la commissure intéraryténoïdienne. Avons-nous pour l'herpétoarthritisme un point de départ analogue sur lequel nous devons tout d'abord fixer notre attention ? Nous répondrons sans hésiter : oui, c'est *la langue*.

La langue nous présente en effet des aspects variés répondant aux diathèses herpétique et arthritique, et parmi lesquels nous établirons plusieurs variétés ou degrés que nous nommerons : le *pityriasis lingual*, *l'eczéma*, *le psoriasis* qui lui-même se divise en deux formes, la forme plate et sèche, et la forme mamelonnée ou nummulaire.

Nous *proposons* de nommer *pityriasis lingual*, un aspect de la face dorsale de la langue caractérisé par une coloration jaune ocreuse, ou café au lait, et un aspect villeux, ou gazonneux qui la fait ressembler à un gazon assez touffu dont les brins auraient été souillés par une eau trouble. Cette surface est de plus légèrement fendillée, principalement sur les bords de la langue. Cet aspect résulte évidemment d'une élongation des papilles et des villosités de la langue. Dans quelques variétés, cette élongation des villosités n'est pas uniforme : des surfaces très-touffues alternent avec d'autres ou le gazon semble presque ras, de manière à former des figures irrégulières comme des cartes géographiques; M. Bergeron a observé cet aspect chez plusieurs enfants et les a signalés à la société médicale des hôpitaux (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1864, p. 104) ; nous-même l'avons constaté pendant quelques années chez un jeune garçon qui vit dans notre entourage ; c'est aussi cet état que nous voyons signalé sous le nom de *langue en parterre*, dans la thèse de

M. Debove. Quand cette forme est très-prononcée, elle touche de bien près au psoriasis lingual.

Le nom de pityriasis lingual, que nous n'avons pas été le premier à prononcer, a déjà été contesté, parce que, dit-on, il n'y a aucune ressemblance entre la desquamation furfuracée de la peau qui constitue le pityriasis, et l'état gazonneux de la muqueuse linguale. La ressemblance n'est pas en effet dans l'aspect des surfaces mais dans l'analogie du fait morbide : Qu'est-ce que le pityriasis ? une prolifération exubérante de cellules épidermiques, et une desquamation de celles-ci donnant naissance à des écailles sèches, furfuracées et plates, parce que les cellules pavimenteuses de l'épiderme cutané sont plates et sèches. Mais sur la langue l'épiderme n'a plus la même forme; il s'allonge en sorte de cornets, ou de brins effilés sur les papilles filiformes; il ne peut donner naissance à une desquamation formée de cellules plates, et ces cellules ne peuvent avoir l'apparence d'écailles sèches comme celle du son, puisque la surface est constamment lubrifiée. Mais en définitive, c'est le même processus, prolifération exubérante des cellules les plus superficielles, se produisant sur une autre surface. Ajoutons, et cette raison ne manque pas d'une certaine valeur, que nous avons vu dans un bon nombre de cas, ce pityriasis lingual (réduit à la signification que nous venons de lui donner) coïncider avec le *pityriasis capitis* et le pityriasis vulvaire. Nous reviendrons un peu plus loin, à propos du diagnostic, sur la distinction qu'il importe de faire entre cet état de la langue, et les états très-analogues que l'on rencontre dans l'embarras gastrique, ou chez les personnes adonnées à l'usage du tabac.

Le nom d'*eczéma lingual* ne nous appartient pas, il est usité dans l'école de M. Bazin, sans que toutefois le maître l'ait décrit explicitement dans ses ouvrages. Nous l'appliquons sur la foi de plusieurs de nos confrères, anciens internes distingués de l'éminent dermatologiste, qui ne nous en ont pas donné d'ailleurs une caractéristique bien nette. Pour nous, l'eczéma lingual serait marqué par un aspect gazonneux beaucoup plus prononcé et d'une couleur plus forcée

que dans ce que nous nommons le pityriasis lingual. Les houppes épithéliales sont beaucoup plus longues; le gazon lingual est beaucoup plus touffu, et il semble que ce n'est plus une eau trouble ou savonneuse qui ait passé sur ce gazon, mais un liquide bourbeux et épais, qui l'ait imprégné d'un vrai limon : quelquefois la coloration est d'un brun foncé, ou présente même une teinte noirâtre, enfin la langue est creusée de sillons profonds, comme une couche sablonneuse qui aurait été *ravinée* par une pluie abondante. Ces ravines sont prononcées surtout au sillon médian de la langue, et sur les bords de cet organe.

Le nom d'eczéma appliqué à cette modalité de la muqueuse linguale me semble plus contestable que celui de pityriasis (1); car rien ici ne montre un travail analogue à celui des vésicules qui constituent le premier degré de l'eczéma cutané; il faut supposer que ce premier stade a passé inaperçu, et comparer l'état de la langue à la période de desquamation de l'eczéma, qui amène en effet une exfoliation plus abondante, le fendillement et même la dénudation partielle des surfaces. A ce dernier point de vue, nous rattacherions volontiers à l'eczéma une lésion de la langue, que M. Debove mentionne dans sa thèse, sans trop savoir où la placer: ce sont des *plaques nues*, de forme ovalaire, où l'épithélium semble manquer; toutefois cette dénudation n'est pas si complète que dans la scarlatine, ou tout au moins la surface ainsi dépouillée ne présente pas l'aspect rouge vif et luisant des langues scarlatineuses ; les plaques nues dont nous parlons ici ont à peu près la même teinte rose pâle que la langue normale, mais cette teinte tranche déjà sur la couleur ocreuse des parties dont l'épithélium est devenu gazonneux.

Nous avons observé l'eczéma lingual, tel que nous venons de le décrire, chez des sujets qui avaient été atteints

(1) On voit pourtant au musée de l'hôpital Saint-Louis une pièce moulée provenant du service de M. Hillairet, d'une lésion de la langue coïncidant avec un eczéma de la joue, et qui présente sur les bords de l'organe un grand nombre de granulations transparentes assez analogues à des vésicules. Un des médecins de cet hôpital m'a dit que cette lésion est très-rare. Un autre a vu des vésicules au voile du palais.

d'eczéma cutané, mais cette relation est loin de nous avoir paru constante; c'est plutôt à un état général d'herpétisme ou d'arthritisme qu'à une dermatose particulière qu'il faudra sans doute la rapporter.

Le *psoriasis lingual* est plus connu; M. Bazin l'a décrit et en a donné des observations. Nous trouvons aussi sur ce sujet des renseignements nombreux dans le mémoire de M. Mauriac et dans l'excellente thèse inaugurale de M. Debove. Nous pouvons donc aller plus vite dans notre description. Nous connaissons deux variétés de psoriasis lingual, la forme plate et sèche et la forme mamelonnée ou nummulaire.

Dans la *forme plate* et sèche, la langue semble dépouillée de son épithélium, luisante et blanche comme si elle avait été touchée avec un crayon de nitrate d'argent. L'analogie d'aspect est frappante. Nous avons vu cette coloration sur la totalité de la face dorsale de la langue chez trois malades qu'il nous a été donné d'observer. D'autres fois, cet aspect ne s'observe que sur les bords de la langue; il est alors assez semblable aux *plaques laiteuses des fumeurs*, et aux plaques irisées de la syphilis, dont nous aurons à les distinguer. — En même temps que cette coloration blanchâtre, on observe une certaine induration de la muqueuse, une sorte de dermite scléreuse, qui donne à la langue une consistance parcheminée, comme si elle était recouverte d'une sorte de carapace.

Dans la *forme mamelonnée*, ou *forme nummulaire* de M. Bazin, le dos de la langue présente un certain nombre de grosses saillies, rouges au sommet, et d'un rose opalin sur leur circonférence, tantôt isolées, tantôt réunies par plaques irrégulièrement disposées. Ces saillies formées par de véritables végétations papillaires ont une grande ressemblance avec les papilles caliciformes du V lingual, dont elles diffèrent par un volume infiniment plus considérable, par une coloration plus animée, et surtout parce qu'elles siégent en dehors du lieu d'élection où on les observe à l'état normal: tantôt on voit plusieurs de ces plaques nummulaires groupées en avant du V lingual; tantôt, on en trouve une seule, isolée et de forme ovalaire allongée le long de la scissure médiane de la

langue; on trouve même quelques plaques plus rapprochées encore de la pointe et des bords de l'organe, mais elles sont alors plus petites. On observe souvent dans ce cas sur les bords de la langue, à sa face latérale et inférieure, la coïncidence de plaques laiteuses semblables à ce que nous avons décrit dans la forme plate et sèche du psoriasis lingual.

Dans l'une et l'autre forme, mais surtout dans la forme mamelonnée, on voit encore la langue *ravinée*, creusée par des sillons profonds, au fond desquels la muqueuse apparaît d'un rouge vif et comme ulcérée, et qui partagent cet organe en un grand nombre de lobules. Ces dépressions forment parfois des excavations anfractueuses, qui font penser au cancroïde. En effet, les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, ont noté le cancroïde de la langue comme la terminaison possible et funeste du psoriasis.

Ainsi, il existe sur la langue trois ou quatre manifestations principales de l'herpétisme ou de l'arthritisme : l'une, celle que nous appelons le pityriasis, répondant à des maladies cutanées très-légères ou lointaines; l'autre, le psoriasis, répondant à une imprégnation plus profonde de l'économie par la diathèse; ce qu'on a appelé l'eczéma lingual leur sert de transition. Comme ces lésions de la langue nous apparaissent au premier coup d'œil dès que nous faisons ouvrir la bouche au malade et comme elles peuvent nous donner une présomption de ce que nous allons trouver dans le pharynx et le larynx, il importe d'établir dès à présent avec exactitude le diagnostic différentiel de ces différents aspects morbides.

Le pityriasis lingual par sa couleur jaunâtre et un peu savonneuse peut être confondu avec l'embarras gastrique. Nous avons vu des médecins commettre cette erreur, et donner à plusieurs reprises des vomitifs et des purgatifs, qui naturellement ne modifiaient en rien dans ce cas cette coloration de la langue. On l'évitera en se rappelant que l'embarras gastrique est un état passager, récent, accompagné de troubles digestifs, d'anorexie, de constipation, d'insomnie, quelquefois d'un peu de fièvre, que l'haleine exhale alors une odeur saburrale ou bilieuse, tous symptômes qui manquent dans le pityriasis lingual.

Il faudra bien se garder de confondre avec le pityriasis lingual certaines colorations accidentelles de la langue produites par certains aliments, le café, le jus de réglisse ; l'interrogatoire du malade vous fera connaître immédiatement s'il s'agit d'une coloration semblable. De même, il faut se rappeler que cet aspect jaunâtre et gazonneux de la langue se trouve très-fréquemment chez les personnes adonnées à l'usage du tabac, les fumeurs, et surtout les chiqueurs. Avant d'admettre un pityriasis herpétique, il faudra s'assurer que le malade n'a pas ces habitudes. Au reste, s'il est vrai que dans ce cas on commettrait certainement une erreur en attribuant à une diathèse, ce qui n'est que l'effet d'une habitude hygiénique, ce pourrait ne pas être une erreur, quant à l'existence de la lésion élémentaire (1).

Pour l'eczéma de la langue, dont les caractères : aspect gazonneux, coloration jaune, sont plus prononcés, il y aura surtout à tenir compte de l'embarras gastrique, qu'on écartera par les mêmes considérations que ci-dessus. Les ulcérations fendillées que l'on commence à trouver dans cet état pourraient difficilement prêter à confusion avec les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques de la langue, sur lesquelles nous allons revenir à propos du psoriasis.

Les *plaques laiteuses* du psoriasis se reconnaîtront surtout à leur aspect blanc mat, et sans reflet, semblable à l'escarre produite par le nitrate d'argent, de plus elles sont indolentes. Les plaques de la syphilis, qu'on trouve aussi au bord de la langue, s'en distinguent par un aspect plus chatoyant, présentant souvent des reflets irisés, comme certaines aponévroses; elles sont entourées, au moins au début, d'une zone carminée périphérique ; enfin la surface est légèrement tuméfiée et douloureuse. Les *plaques des fumeurs* ressemblent davantage aux plaques du psoriasis, mais elles ont un siége spénal, la muqueuse des commissures labiales ; on les trouve

(1) Qu'est-ce en effet que cette coloration habituelle des fumeurs, si ce n'est un pityriasis déterminé par la substance âcre qui irrite incessamment leur muqueuse ? Ne sait-on pas que le pityriasis simplex est souvent ce que M. Bazin appelle une maladie artificielle, produite par le contact de différentes substances irritantes ?

cependant aussi au bord de la langue. Leur surface peut-être légèrement plissée, elle est d'un blanc moins pur, un peu sali, comme diraient les peintres (1).

Les *ulcérations fendillées* qui existent dans le psoriasis lingual sont ordinairement indolentes. Elles s'accompagnent tout au plus d'un peu d'agacement, ou de picotement, ou d'un *goût amer* assez désagréable aux malades. On ne les confondra pas avec les ulcérations syphilitiques de la langue, qui sont entourées d'une zone rouge, tuméfiée et douloureuse. Les commémoratifs de la syphilis, la présence de ganglions sous-maxillaires, de lésions syphilitiques du voile du palais, ou de syphilides cutanées éclairciront les doutes que l'on pourrait avoir. — Les *ulcérations tuberculeuses* de la langue ont un tout autre aspect que celle de l'eczéma ou du psoriasis lingual. Ce ne sont pas des fissures linéaires atteignant à peine le derme muqueux, ce sont des pertes de substance, ayant tout d'abord une certaine étendue en largeur comme en longueur, plus ou moins arrondies, et se creusant assez rapidement par une sorte de gangrène moléculaire, ou plutôt par l'énucléation de petits corpuscules qui ne sont autres que des tubercules gris miliaires. Ces ulcérations sont de plus extrêmement douloureuses.

Le *psoriasis mamelonné*, ou *nummulaire* se reconnaît à son aspect de grosses papilles caliciformes, situées en dehors du lieu d'élection de celles-ci, à l'induration superficielle de la langue, et à l'absence d'adénopathie sous-maxillaire. On ne peut guère confondre avec lui que les gommes syphilitiques. Celles-ci sont plus saillantes, plus volumineuses, plus arrondies, s'accompagnant d'une induration profonde, et souvent d'adénopathie sous-maxillaire et cervicale. Le traitement par l'iodure de potassium les modifie rapidement tandis qu'il est sans action sur le psoriasis nummulaire. Il est pourtant une circonstance ou le diagnostic du psoriasis et de la syphilis devient à peu près impossible, c'est quand il existe

(1) Même observation ici que pour le pityriasis. Qu'est-ce en définitive que la plaque des fumeurs? Ne peut-on la considérer comme un psoriasis artificiel différant par quelques caractères des psoriasis diathésiques?

à la fois des signes évidents de syphilis antérieure et de diathèse herpétique ou arthritique. Nous avons eu à nos cliniques plusieurs malades qui persistaient à s'accuser de syphilis, alors que leur langue ne présentait que les signes d'un psoriasis arthritique. Un homme que nous avons observé récemment présentait encore des perforations du voile du palais, et voulait naturellement que la lésion linguale fût de même nature. L'action négative du traitement spécifique nous semble, en ce cas, la seule pierre de touche. Plusieurs médecins autorisés, entre autres MM. Mauriac et Debove, admettent d'ailleurs après M. Bazin que la syphilis peut servir en quelque sorte de cause provocatrice à la diathèse herpétique ou arthritique, et détermine l'apparition de lésions de la langue, ou de la peau, qui persisteront par elles-mêmes après la disparition de toute manifestation syphilitique.

Nous croyons n'avoir pas besoin de tracer le diagnostic du psoriasis et du cancroïde, lequel est suffisamment caractérisé par son volume, son induration, la profondeur des excavations, les phénomènes graves de dysphagie, etc.

Tels sont donc les caractères que nous avons reconnus sur la langue, et qui nous permettent de prévoir les lésions de la muqueuse pharyngo-laryngienne que nous avons décrites ci-dessus. Mais nous n'avons pas de caractères objectifs pharyngo-laryngiens qui puissent s'appliquer à l'une plus qu'à l'autre des lésions linguales que nous venons d'indiquer. La nuance opaline de la muqueuse rétro-pharyngienne appartient à toutes les trois. Elle est d'autant plus manifeste que la langue présente une nuance plus jaunâtre. Le contraste des deux couleurs complémentaires, le jaune et le bleu légèrement violacé, semble faciliter la perception de la nuance pharyngienne. L'angine glanduleuse est également commune aux trois formes morbides de la langue. Le plus ou moins de grosseur ou de rougeur inflammatoire des glandules nous paraît tenir beaucoup plus à des circonstances étrangères, comme l'usage du tabac ou des liqueurs, qu'à l'influence diathésique elle-même.

Quant au catarrhe laryngien lui-même, au plus ou moins de rougeur et de tuméfaction de l'infundibulum, de l'épiglotte, et des aryténoïdes ; au plus ou moins d'inflammation chronique, d'état strié et dépoli des cordes vocales elles-mêmes, c'est ce que nous ne pouvons non plus préciser davantage. Il serait téméraire et prématuré de rattacher telle ou telle localisation de l'inflammation laryngée à telle ou telle lésion élémentaire de la langue, et même à telle ou telle diathèse, puisqu'on en trouve également avec de simples différences de plus ou de moins, dans les cas d'herpétisme ou de dartre simple, et dans ceux d'arthritisme ou de péliose goutteuse.

L'inflammation catarrhale des muqueuses pharyngienne et laryngienne ne nous a paru jusqu'à présent présenter aucune gravité. Mais une étude ultérieure ou des recherches bibliographiques plus approfondies pourront nous en apprendre davantage. Barthez (*Traité des maladies goutteuses*, t. II, p. 40, Montpellier 1819) rapporte, d'après Musgraves, des cas de métastase goutteuse ayant produit des *angines inflammatoires exquises* (probablement très-aiguës, ou très-douloureuses ?) et des cas extrêmes ou la suffocation étant imminente, il faut recourir à la bronchotomie. D'autre part, on a constaté des lésions chroniques de la goutte dans le larynx ; Virchow a étudié des concrétions produites autour des cartilages-laryngés. Il y a là toute une étude à faire où nous avons encore beaucoup à apprendre.

Je signalerai toutefois dès à présent une complication assez fréquente de l'herpétisme ou arthritisme de pharyngo-laryngien, tel que je viens de les décrire ; c'est un certain degré de *paralysie incomplète* des cordes vocales, très-analogue à ce que l'on observe chez les jeunes filles atteintes de dysménorrhée hystérique (1). On note en effet souvent chez des sujets présentant des dermatoses, ou de la gravelle urique, des aphonies que l'on attribue volontiers à des répercussions inflammatoires sur les muqueuses internes. En étudiant avec soin plusieurs de ces cas, j'ai trouvé les cordes vocales parfaite-

(1) On sait que M. Guéneau de Mussy, est disposé à envisager l'hystérie comme une névrose herpétique ou arthritique. (*Cliniq. médicale*, t. II.)

ment blanches, indemnes de toute inflammation, mais en revanche, ne pouvant plus s'affronter exactement pour la phonation, et laissant entre elles, soit un espace triangulaire à la commissure postérieure, soit un ménisque à la partie moyenne des cordes vocales, comme dans les cas de tension imparfaite par suite de la paralysie des muscles constricteurs. Ces paralysies sont passagères, elles guérissent assez bien par un traitement général, par des toniques et par l'électrisation des cordes vocales. A quoi sont-elles dues? L'intégrité des cordes vocales, la manière dont la maladie survient et disparaît, nous empêchent de croire à une lésion diathésique des muscles ou des articulations du larynx. Il n'y a là qu'un phénomène nerveux, peut-être un phénomène douloureux analogue à une crampe rhumatismale dans les muscles laryngés? mais le malade n'accuse en réalité pas de douleurs bien nettes. Soyons donc sobres d'explications quant à présent; bornons-nous à signaler cet accident, et à apprendre à le combattre.

Le pronostic de l'angine ou de la laryngite herpétique ou arthritique paraît donc jusqu'à présent assez léger en ce sens que nous ne les croyons guère capables d'amener des accidents sérieux, malgré le passage de Barthez cité ci-dessus. Mais cependant, ce sont des affections catarrhales rebelles et sujettes à récidive. A ce titre, elles sont très-gênantes pour les orateurs et les chanteurs, et peuvent entraver leur carrière. Il nous serait difficile de dire quelle variété de lésion herpétique présente le plus de gravité. Il est probable que celles qui répondent au pityriasis et à l'eczéma sont plus légères que celles qui répondent au psoriasis lingual. On sait combien celui-ci est difficilement curable; deux ou trois ans de traitement alcalin au minimum, selon M. Bazin. La terminaison possible par le cancroïde ou épithélioma cancéreux doit également entrer en ligne de compte. En me reportant à moins d'un an en arrière, j'ai vu mourir d'une sorte de strangulation subite produite par un cancer intra-laryngien confirmé deux malades, dont l'un avait présenté depuis longtemps un psoriasis herpétique (des coudes et des genoux); dont l'autre,

atteint d'un peu d'eczéma des bourses, avait eu plusieurs accès de goutte, notamment un accès aigu aux eaux de Cauterets ou je l'avais envoyé pendant les vacances dernières. Ces deux terminaisons rapides et fatales montrent que le cancer laryngien peut être l'aboutissant de la goutte, comme M. Bazin a cherché depuis longtemps à établir qu'il peut être celui de l'herpétisme.

Quant aux autres complications, nous avons mentionné ci-dessus un cas d'albuminurie alternant avec des poussées d'eczéma, des phénomènes rhumatismaux, et de la laryngite chronique. Je dois dire que le malade va bien depuis trois ans, et qu'il paraît supporter ces alternances, puisqu'il a pu continuer à exercer une profession pénible.

La phthisie pulmonaire peut être la complication des diathèses arthritique ou herpétique. Je connais des sujets, fils de phthisiques, atteints de pityriasis ou d'eczéma cutané et en même temps d'angine glanduleuse et de laryngite chronique. Une jeune fille, que je traitais dernièrement à l'hôpital Lariboisière, présentait, avec des signes non douteux de tubercules pulmonaires (craquements humides au sommet droit) des alternatives d'eczéma vulvaire, avec prurit, et d'eczéma cutané vers la racine des cheveux. Les poussées externes semblaient amener une amélioration légère des phénomènes thoraciques. On trouve sur la langue d'un certain nombre de phthisiques les caractères de ce que j'ai appelé le pityriasis lingual. Étant établi par les cas précédents que l'herpétisme peut parfaitement se cumuler avec la phthisie, cette coïncidence symptomatique ne doit pas nous étonner.

Nous touchons à la fin de cette étude : a quoi se réduisent en définitive les caractères objectifs que nous avons cherché à donner aux manifestations des deux diathèses dans la gorge ? — la rougeur catarrhale du larynx, l'aspect strié et éraillé des cordes vocales, l'aspect velvétique de la commissure interaryténoïdienne ; d'autre part, l'angine glanduleuse, finement vascularisée dans les cas simples, hypertrophique dans les cas compliqués, mais se détachant sur un fond de nuance rose opaline ; enfin les trois états de la langue sur lesquels

nous avons insisté. Voilà des caractères bien vagues, bien fugaces ! dira-t-on, que peut-on établir d'après cela ? s'il nous était permis de citer notre pratique, nous dirions que ces signes si vagues, si fugaces ont cependant sans doute quelque réalité, puisque journellement il nous arrive, après les avoir constatés d'un regard jeté sur la langue ou sur le miroir laryngien, de demander immédiatement au malade : n'avez-vous pas eu des parents goutteux ? n'avez-vous pas de la gravelle urique ? n'avez-vous pas de l'eczéma ou du pityriasis ? et de tomber juste à leur grand étonnement. Sans doute ce ne sont que des signes fugaces et qui ont besoin d'être confirmés par les commémoratifs, par les antécédents, par un examen complet. Nous croyons pourtant qu'ils ne sont pas inutiles, s'ils peuvent nous mettre sur la voie d'états généraux que nous pourrions oublier de rechercher, et que les médecins occupés d'études laryngoscopiques ont jusqu'à présent passé sous silence. Un signe objectif, tel que les lésions de la langue, frappant notre attention dès le premier instant d'un examen laryngoscopique, engagera sans doute le médecin à s'enquérir ensuite d'antécédents qu'il y aurait, selon nous, grand inconvénient à négliger.

Maintenant ces signes objectifs s'appliquent-ils à l'herpétisme (la dartre) ou à l'arthritisme (la goutte) ? y a-t-il des signes particuliers à l'un et à l'autre ? nous sommes obligé d'avouer que nous n'avons pas pu faire encore cette distinction. Lorsque cette question a commencé à nous occuper, et que nous avons saisi, dans quelques cas simples et exempts de complications, les caractères que nous venons d'exposer, nous avons cru d'abord que c'étaient ceux de l'herpétisme, et nous rejettions la recherche de l'arthritisme à une époque ultérieure. Un relevé des observations que nous avions recueillies à cet égard, nous montra, à notre grand étonnement, qu'un grand nombre de nos malades soi-disant typiques de l'herpétisme, avaient accusé de la gravelle urique, des antécédents de goutte ou de rhumatisme. Dès lors, il fallait les inscrire au nombre des arthritiques, et ceux-ci se sont en définitive trouvé de beaucoup les plus nombreux. Les lésions élémentaires dont nous constations la coïncidence, psoriasis

de la langue, *eczéma genitalium*, herpès récidivant, pityriasis capitis, etc., sont d'ailleurs rangées par M. Bazin au nombre des arthritides; celles qui ressortent de l'herpétisme pur nous ont paru moins nombreuses.

Nous l'avouons donc, nous n'avons aucun moyen jusqu'à présent de distinguer par des signes objectifs les deux grandes diathèses cutanées. Mais les dermatologistes, plus avancés que nous bien certainement, sont-ils eux-mêmes bien sûrs de les distinguer ? Les arthritides de M. Bazin sont niées d'une façon presque absolue par M. le professeur Hardy, et cette querelle scientifique partage encore les hommes les plus compétents. Qui pourrait s'étonner que nous, forcé de faire usage d'un instrument particulier, n'ayant d'ailleurs aucun service hospitalier spécialement consacré aux maladies de la peau, nous n'ayons pu trancher de notre côté un tel différent ? Rappelons-nous les connexions étroites qui lient les deux diathèses, et en voyant l'arthritisme de M. Bazin absorber la majorité des dermatoses, tandis que la dartre de M. Hardy revendique aussi cette majorité, nous serons peut-être amenés à admettre avec plusieurs bons esprits qu'il n'y a en définitive qu'une grande diathèse, avec deux types un peu différents, mais qui viendront plus tard se fondre l'un dans l'autre.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter sur le traitement : l'herpétisme et l'arthritisme laryngiens devront être traités surtout par les moyens généraux qui s'adressent à l'une ou l'autre diathèse : les alcalins pour les arthritiques, les arsenicaux pour les herpétiques. Les eaux minérales qui représentent particulièrement ces deux agents thérapeutiques, Vichy ou Vals, ou les eaux alcalines faibles, Pougues, Royat, Bussang, dont plusieurs sont d'ailleurs à la fois alcalines et arseniquées (Vals, source dominique), ou lithinées, répondront à la première indication ; le Mont-Dore et la Bourboule à la seconde. Ajoutons ici certaines eaux sulfureuses, Cauterets par exemple, dont on connaît les bons effets dans les affections goutteuses, et l'action salutaire sur la peau et les affections catarrhales des muqueuses. Luchon peut aussi présenter ses sources si variées. On a reconnu enfin dans bien des cas

l'utilité d'alterner les saisons d'eaux minérales : une année aux eaux sulfureuses des Pyrénées; l'autre aux eaux alcalino-arsenicales du centre de la France. Quant au traitement local du larynx, il consistera dans des cautérisations très-légères des surfaces avec le chlorure de zinc, par exemple, qui attaque bien les éraillures de la muqueuse fendillée, tout en respectant les parties encore pourvues de leur épithélium. L'iode ioduré, dissous dans la glycérine avec un peu d'extrait d'opium, sera opposé avec succès à l'angine glanduleuse. Le bromure de potassium à l'intérieur calmera assez bien le prurit pharyngien. Enfin s'il y a de la parésie des cordes vocales, quelques séances d'électrisation interne du larynx unies à l'action des toniques, et des moyens généraux antidiathésiques en viendront ordinairement à bout.

Nous le répétons en terminant : ceci n'est qu'un essai, une ébauche que devront confirmer beaucoup d'observations ultérieures, basées sur l'expérience et la statistique. Nous avons voulu aujourd'hui fixer seulement quelques idées et attirer l'attention de nos confrères sur une conception, qui, sans être neuve, ne paraît pas avoir encore reçu de commencement d'application pratique.

---

## DES LARYNGOPATHIES PENDANT LES PREMIÈRES PHASES DE LA SYPHILIS.

Par le docteur **Krishaber**, et le docteur **Mauriac**, médecin de l'hôpital du Midi.

*(Suite.)*

### SECTION II. — *Laryngopathies sans plaques muqueuses.*

Les déterminations de la syphilis sur le larynx et ses annexes se traduisent par les mêmes lésions que dans le pharynx et la cavité buccale. La première catégorie de nos observations le prouve en ce qui concerne la plaque muqueuse.

Mais, quoique la plaque muqueuse soit l'expression la plus

nette et la plus caractéristique de la maladie constitutionnelle, dans la première phase de son évolution, elle est loin d'être la seule. A un degré moindre, dans l'échelle des modifications anatomiques nées sous l'influence diathésique à l'époque dont nous parlons, s'observent les divers troubles de la circulation capillaire, c'est-à-dire les hypérémies ou les sub-inflammations. Ces hypérémies ou ces sub-inflammations, qui évoluent toujours avec lenteur, se maintiennent pendant toute leur durée dans les limites d'un simple mouvement vasculaire anormal ; elles ne projettent point de produits plastiques en dehors des vaisseaux et ne provoquent aucune prolifération cellulaire dans leur voisinage ; elles bornent en un mot leur action à quelques irrégularités dans les phénomènes de l'irrigation sanguine, et peut-être aussi de l'irrigation lymphatique.

Les points de la muqueuse où se produisent ces sortes d'hypérémies présentent à peu près le même aspect que dans les formes communes, c'est-à-dire qu'ils sont, d'une manière générale, rouges et tuméfiés. Toutefois on peut observer quelques nuances dans la couleur, quelques particularités dans la forme et dans la distribution du gonflement hypérémique, assez permanentes et assez accentuées pour déceler l'origine syphilitique de l'affection. Et puis l'épithélium se flétrit et tombe ou s'épaissit, et se condense en points, en plaques, en bandelettes blanchâtres, et on aperçoit des surfaces dépolies, ternes, finement granuleuses, sur lesquelles se détachent quelques points ecchymotiques, etc., etc.

Sur les lèvres, dans l'intérieur de la cavité buccale, à l'isthme du gosier, on peut facilement voir naître et suivre pas à pas toutes les formes, toutes les variétés de l'hypérémie des muqueuses propres à la syphilis. A l'aide du laryngoscope, nous nous sommes assuré, par des examens réitérés, que le processus était le même dans la cavité laryngienne.

L'hypérémie syphilitique des lèvres, des joues ou de l'isthme persiste rarement, depuis son début jusqu'à sa terminaison, à l'état de simple trouble vasculaire ; elle se complique presque toujours de plaques muqueuses.

Dans le larynx il n'en est pas de même. On a eu tort sans doute de ne pas voir ou de méconnaître les laryngopathies avec plaques muqueuses ; mais les laryngopathies syphilitiques constituées pendant toute leur durée par une hypérémie spéciale, dégagée de toute autre lésion, sont plus communes dans le larynx que sur les autres muqueuses.

Nous allons donner quelques exemples de la laryngopathie syphilitique, purement hypérémique.

### Observation XI.

Au sixième mois d'une syphilis de moyenne intensité, laryngopathie asthénique et progressive, survenue sans cause appréciable, accompagnée au bout d'un mois de plaques muqueuses confluentes buccales.

Au 2e mois de sa durée, l'examen du larynx fait constater une rougeur sombre et uniforme de l'épiglotte, de toute la portion sus-glottique du larynx et de la face antérieure de la trachée ; les cordes vocales sont rugueuses, inégales, finement dentelées sur leur bord libre, mais non ulcérées.

Auguste D....., agé de 18 ans, feuillagiste, entré le 29 août 1872 à l'hôpital du Midi, salle 8, nº 21, se portait habituellement bien, quoique d'une constitution un peu lymphatique, et n'avait jamais eu de maladie vénérienne, lorsque le dimanche de Pâques 1872, il vit une coureuse (c'était la première fois qu'il avait des rapports avec une femme) dans la campagne de Pantin. Il était en compagnie d'un de ses amis, qui pratiqua après lui le coït avec cette femme et eut la chance de ne rien attraper. Quant à notre malade, au bout d'un mois environ, il s'aperçut d'un bouton dans la rainure balano-préputiale, qui ne tarda pas à suppurer. Il entra une première fois à l'hôpital du Midi, le 19 juillet, salle 7, lit 12. Il avait à cette époque des plaques muqueuses entre les orteils, des ulcérations superficielles sur le gland et le prépuce, et autres accidents consécutifs de la première poussée, sans grande importance. Il fut soumis à un traitement hydrargyrique et tonique, et sortit guéri le 3 septembre.

Depuis celte époque il a continué à se soigner et n'a cessé de prendre du protoïodure.

Dans les premiers jours d'octobre, sixième mois de la syphilis, il fut pris d'un peu d'enrouement, sans toux, sans douleur, sans titillation au larynx et sans fièvre. Cet enrouement augmenta peu à peu ; au bout de cinq ou six jours, la voix était complétement éteinte et est restée telle pendant tout le mois d'octobre. Cette affection laryngée n'a présenté dès le début ni les symptômes, ni la marche d'une inflammation commune. Elle est survenue spontanément sans avoir été provoquée par un refroidissement, des excès de boissons, ou des efforts de voix inaccoutumés. Elle a toujours été indolente, sans quintes de toux, mais avec gêne de la déglutition et sensation de gêne et de picotement pendant cet acte.

Une amélioration assez notable s'est produite au commencement de novembre et a persisté.

Aujourd'hui, 1er décembre 1872, le malade présente l'état suivant : santé générale excellente ; aucun amaigrissement. Pendant les cinq ou six premières semaines de sa laryngopathie, le malade n'a pas eu d'autre accident syphilitique. Ce n'est que depuis le 20 novembre environ qu'il lui est survenu des plaques muqueuses confluentes et non ulcérées sur les lèvres et la langue ; rien sur la peau, excepté sur le scrotum, où se trouvent des plaques muqueuses exulcérées.

L'examen laryngoscopique pratiqué le 1er décembre (7e mois de la syphilis, 2e de la laryngopathie) nous a donné les résultats suivants : l'épiglotte est d'un rouge sombre uniforme dans toute son étendue, et lisse. Il en est de même des replis aryténoïdiens supérieurs et de la cavité de Morgagni. Les cordes vocales inférieures sont d'un aspect rugueux inégal dans les deux tiers antérieurs. On voit quelques vaisseaux dilatés sur la corde vocale inférieure droite et parallèlement à sa direction. Il n'existe d'ulcération sur aucun point de la muqueuse laryngienne.

*Pharynx.* — Petites plaques muqueuses sur le bord libre du voile du palais, à droite. Amygdales déchiquetées par des cicatrices. Éruption papuleuse sur la paroi postérieure

du pharynx ; quelques-unes sont exulcérées à leur sommet.

Examen le 8 décembre 1872. — La dilatation longitudinale des vaisseaux de la corde inférieure droite a disparu. — Toutes les autres lésions sont dans le même état. — Jet de salive continu par le canal de Sténon gauche.

11 décembre. — Le jet de salive ne se reproduit pas. La rougeur qui était parallèle à la corde vocale inférieure droite a disparu.

La rougeur à l'entrée du ventricule de Morgagni a disparu aussi ; il en est de même de celle de l'épiglotte.

La face antérieure de la trachée est d'un rouge sombre.

Traitement externe. — Application d'une solution de :

| | |
|---|---|
| Iode........................ | 4 gr. |
| IK.......................... | 8 gr. |
| Eau......................... | 300 gr. |

Ainsi, tandis que plusieurs poussées de plaques syphilitiques se faisaient sur divers points de la peau et des muqueuses, la cavité laryngienne paraît en avoir été exempte. L'examen laryngoscopique n'ayant été fait qu'au 2$^{e}$ mois de l'affection, on pourrait objecter que nous ignorons s'il n'en existait pas dans les premières phases. Nous ne le pensons pas. Ces lésions sont si tenaces et de si longue durée dans cet organe, qu'il en serait probablement resté au moins quelques vestiges.

Les troubles fonctionnels ne diffèrent pas sensiblement suivant que la laryngopathie est avec ou sans plaques muqueuses. Là ils ont été remarquablement indolents. Il est vrai que les lésions laryngiennes étaient aussi légères et aussi superficielles que possible, et contrastaient, sous ce rapport, avec celles du pharynx et de la bouche, ce qui prouve bien qu'on ne doit point juger des premières d'après les secondes.

Dans ces laryngopathies, l'épiglotte est presque toujours tuméfiée et d'un rouge sombre dans toute son étendue. Il en est de même des cordes vocales supérieures et de toute la portion sus-glottique de la cavité. Si on observe un peu de dépoli, l'état finement granuleux de la muqueuse, ou bien

des tuméfactions circonscrites, c'est habituellement sur les cordes vocales inférieures.

L'observation suivante fournit un exemple de cette dernière lésion.

### Observation XII.

Vers le 35e jour d'une syphilis de moyenne intensité, apparition, sans causes occasionnelles appréciables, d'une laryngopathie indolente, présentant de grandes variations dans ses symptômes, suivant l'état de l'atmosphère, etc., caractérisée anatomiquement par l'injection, l'épaississement des cordes vocales inférieures, et la présence sur la gauche d'une tuméfaction hyperplasique circonscrite. — Persistance des accidents laryngopathiques pendant plus de 4 mois, malgré les traitements spécifiques internes.

Léon P....., 32 ans, garçon de bains, entré à l'hôpital du Midi, le 3 décembre 1872, salle 8, nº 2. — Bonne santé habituelle.— Aucune maladie vénérienne antérieure.— Vers la fin du mois de juillet 1872, apparition d'un chancre infectant, situé sur la peau du fourreau, à la racine de la verge.— Guérison spontanée du chancre au bout de 15 jours. — Quelques semaines après, roséole, plaques muqueuses, etc. — Aucun traitement spécifique jusqu'au 4 janvier, époque à laquelle il entra dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis. On lui donna de la liqueur de van Swieten et des bains sulfureux. Il avait à cette époque des plaques sur toute la peau, qui n'ont laissé aucune trace, et des papules muqueuses, etc.

Ce malade est enroué depuis trois mois consécutifs, c'est-à-dire depuis l'apparition des premiers accidents. L'enrouement est survenu peu à peu sans fièvre, sans toux et sans douleur laryngée. Quand il fait du brouillard, la voix devient complétement éteinte. La profession du malade lui a permis facilement de constater l'action de cette cause ; ainsi lorsqu'il entrait dans une salle de bains remplie de vapeur, sa voix diminuait peu à peu et finissait par s'éteindre. Cette laryngopathie est survenue sans cause appréciable ; elle n'a jamais cessé et a présenté dès le début plusieurs alternatives de mieux et de plus mal.

*État actuel.* — 5 décembre 1872. — Sur les jambes, quelques plaques psoriasiques en voie de guérison. — Les lèvres sont couvertes de plaques muqueuses. — Rougeur diffuse et sombre de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx. — Aucun trouble de la déglutition. — Aucune douleur au niveau du larynx soit spontanée, soit à la pression (0,112 cent. de protoiodure-gargarisme). — Bains de baréges.

*Examen laryngoscopique*, le 8 décembre 1872 (3e mois de la laryngopathie, 5e mois de la syphilis). — Les deux cordes vocales inférieures sont rouges, injectées, un peu épaissies. Celle du côté droit présente au point de réunion de la glotte-intercartilagineuse avec la glotte-inter-aryténoïdienne, exactement à l'extrémité de l'apophyse de l'aryténoïde, une petite tuméfaction fusiforme, rouge, se fondant insensiblement avec la corde vocale, tuméfaction dont le volume est à peu près le double du nodule que l'on constate chez beaucoup d'individus normalement en ce point, pendant l'écartement des cordes vocales ; chez cet individu, ce nodule est à peine visible sur la corde vocale gauche. — Pas d'ulcération, ni de lésion notable d'une autre nature. — Dysphonie avec disparition des notes aiguës.

15 décembre. — Même état que lors du dernier examen. On touche avec la solution n° 1.

Sorti le 26. — Touché deux fois avec la même solution.

Etat le 9 janvier (4e mois de la laryngopathie, 6e de la syphilis). — L'enrouement a toujours été indolent, sans titillation pendant la parole, la déglutition, etc. — Pas d'expectoration. — Souvent un peu de toux quinteuse. — L'enrouement a un peu diminué depuis quelques jours. — Grandes variations suivant le temps. Aggravation par les temps brumeux. — Variation du soir au matin ; se trouve bien dans le milieu de la journée.

Plaques muqueuses confluentes sur les lèvres, gonflement des lèvres, quelques plaques sur les amygdales. — Rougeur diffuse pharyngienne. — Plaques sèches sur le gland.

Examen laryngoscopique. — Même état ; saillie sur la corde vocale droite au milieu.

Cette laryngopathie est une des plus précoces que nous ayons vues, puisqu'elle a débuté au 35e jour du chancre, en même temps que les premiers accidents consécutifs, également précoces, faisaient leur apparition. Elle offre avec la précédente une grande analogie dans son processus, son mode tout à fait indolent, ses troubles fonctionnels et ses lésions. Il est inutile d'insister sur ce petit gonflement partiel de la corde vocale droite. Evidemment il ne s'agissait là ni d'une plaque muqueuse, ni d'un tubercule, mais bien d'une simple exagération de ce qui existe à l'état normal.

Dans les pharyngopathies syphilitiques erythémateuses on observe souvent sur les parois postérieure et latérales du pharynx des tuméfactions partielles, irrégulièrement disséminées, d'un rouge sombre, à contours vaguement circonscrits, qui restent à l'état d'hypérémie pendant toute leur durée et ne se convertissent ni en plaques, ni en tubercules, ni en ulcérations. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les laryngopathies érythémateuses?

L'observation suivante offre un exemple de laryngite syphilitique exclusivement congestive et d'une pharyngite de même nature, et avec les altérations de la paroi postérieure dont nous parlerons tout à l'heure.

### Observation XIII.

Laryngopathie indolente survenue subitement et sans cause appréciable, au 2e mois d'une syphilis légère. Marche continue de l'affection. Persistance des accidents malgré le traitement interne spécifique.

Deux mois après le début de la laryngopathie, on constate : rougeur vineuse, boursoufflements, augmentation de densité avec aspect lisse des cordes vocales inférieures.

Arthur D....., 17 ans, boucher, entré le 6 novembre 1872, no 1, salle 8, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsque, deux mois après l'avant-dernier coït, et 8 jours après le dernier, vers les premiers jours de septembre 1872, un chancre infectant se déclara sur la peau du prépuce. — Guérison de ce chancre

au bout de 2 mois. C'est à peu près alors, c'est-à-dire au commencement de novembre 1872, 2e mois du chancre, que la voix est devenue enrouée et qu'il s'est formé des plaques rouges dans les mains et des croûtes sur le cuir chevelu. La santé générale est toujours restée bonne. Pas de troubles généraux. Aucun traitement spécifique avant son entrée à l'hôpital.

L'enrouement s'est déclaré tout d'un coup, sans cause appréciable, et n'a été accompagné ni de douleur laryngienne, ni de titillation glottique avec quintes de toux, ni de dysphagie, ni de fièvre. — Cet enrouement a augmenté progressivement depuis son début jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant quinze jours, il y a eu aphonie presque complète ou des sons si éraillés et si discordants qu'il était difficile de le comprendre.

*Examen laryngoscopique.* — Les cordes vocales inférieures sont d'un rouge vineux et leur muqueuse est lisse, mais boursouflée dans toute leur étendue, ce qui leur donne une apparence beaucoup plus dense qu'à l'état normal. — Pas d'ulcérations. Toutes les autres parties du larynx sont saines.

*État du malade*, le 1er décembre 1872 (4e mois de la syphilis, 2e de la laryngopathie).

*Pharynx.* — Rougeur de l'isthme. — Plaque muqueuse sur les deux amygdales, granulations, rougeur et érosion de la partie postérieure du pharynx.

Depuis son séjour dans les salles, amélioration très-notable. (0,09 c. de protoiodure. Gargarismes toniques.)

Rien sur la peau, excepté dans la paume des mains, une desquammation superficielle. Croûtes nombreuses dans les cheveux. — Induration persistante sur le prépuce. Adénopathie inguinale et cervicale.

8 décembre. *Examen laryngoscopique.* — Aucune différence entre l'état d'il y a 8 jours et l'état actuel.

Sort sur sa demande, le 8 décembre.

Quoique l'affection syphilitique du larynx ait été précédée d'une grippe assez violente qui en a été sans aucun doute la cause occasionnelle, elle n'en a pas moins conservé

pendant toute sa durée ce caractère d'indolence qu'on observe dans presque toutes les laryngopathies de même origine, et qui a été si accusé dans les trois précédentes. Du reste les analogies sont très-grandes entre elles, et les mêmes remarques peuvent leur être appliquées. Comme dans la première observation de cette série, de petits vaisseaux très-dilatés et gorgés de sang se détachaient en rouge vif sur le fond sombre de la muqueuse laryngée, au niveau du bord adhérent des cordes vocales inférieures.

### Observation XIV.

Au 10e mois d'une syphilis légère, laryngopathie consécutive à une grippe, avec aphonie et indolence des phénomènes, sans traitement antérieur à son invasion, présentant au bout d'un mois et demi les lésions suivantes : hypérémie et hypertrophie glandulaire de l'épiglotte. Épaississement et vascularisation anormale des cordes vocales inférieures.

Charpin (Victor), 20 ans, garçon maçon, entré à l'hôpital du Midi le 26 novembre 1872, n° 8, salle 8. Bonne santé habituelle. Chancre infectant balano-préputial survenu à la fin de juillet, trois semaines après le dernier coït. — Guérison du chancre au bout de deux mois.

Six semaines après le début de l'accident primitif, apparition d'une roséole sur toute la surface du corps. — Aucun traitement spécifique.

Vers le milieu du mois d'octobre, deux mois et demi après l'apparition du chancre, le malade fut pris d'un rhume avec toux, expectoration et enrouement. — Il y avait en même temps fièvre et troubles généraux d'un catarrhe trachéo-bronchique aigu. — Au bout de huit ou dix jours la toux a cessé, mais l'enrouement a persisté et a continué depuis. A un moment il y a eu extinction complète de la voix. Jamais aucune douleur spontanée, ni à la pression au niveau du larynx. — Jamais aucune difficulté dans la déglutition.

Ce malade n'a commencé à se traiter de sa syphilis que vers les premiers jours de novembre. Depuis son entrée, il prend de la liqueur de van Swieten. L'enrouement a beau-

(*Voyez la suite*, après le tableau synoptique, p. 226.)

## TABLEAU SYNOPTIQUE DES 14 OBSERVATIONS.

| NUMÉROS D'ORDRE. | AGE. | PROFESSION. | INCUBATION DE L'ACCIDENT primitif, depuis le moment du coït infectant jusqu'à l'apparition du chancre. | INCUBATION DES ACCIDENTS laryngopathiques, à partir de l'apparition du chancre infectant. | LÉSIONS LARYNGÉES. | CAUSES OCCASIONNELLES de la laryngopathie. | INCUBATION DES ACCIDENTS consécutifs éloignés du larynx, depuis l'apparition du chancre jusqu'à l'apparition des premiers accidents généraux. | LÉSIONS ÉLOIGNÉES DU LARYNX au moment de la constatation des lésions laryngées. | TROUBLES FONCTIONNELS laryngés et pharyngés. | LARYNGOPATHIE. MARCHE. | DURÉE. | TERMINAISON. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 19 ans. | Garçon de restaurant. | 20 ou 25 jours | deux mois. | Hypertrophie circonscrite avec traînées opalines et plaques muqueuses érodées sur les cordes vocales inférieures. | Nulles. | 6 semaines. | Nulles au début; plus tard alopécie. | Aphonie précédée de disphonie. | Continue mais non uniforme. | Plus de six mois. | Les troubles laryngés restent les dernières manifestations syphilitiques. |
| 2 | 29 — | Chaudronnier. | 15 jours. | 3 mois 1/2. | Rougeur et épaississement des deux cordes vocales; sur celle de gauche, érosion superficielle de forme ovale, présentant tous les caractères de la plaque muqueuse. | Excès alcooliques et refroidissement | Nulles. | Nulles. | Gêne de la déglutition. Enrouement. | Légère amélioration survenue après un mois. Continue. | ? | ? |
| 3 | 24 — | Journalier. | Incertaine. | 2 mois 1/2. | Sur la corde vocale gauche, plaque muqueuse; sur celle de droite, épithélium épaissi, opalin; commencement d'érosion. | Nulles. | 2 mois. | Angine pharyngée, plaques ulcéreuses sur les jambes. | Enrouement. | Oscillations nombreuses dans l'intensité des troubles fonctionnels qui variait parfois du matin au soir. | Amélioration notable après un mois. | Laryngopathie en voie de guérison après six semaines du début. |
| 4 | 22 — | ? | Incertaine. | 10 mois. | Cordes vocales inférieures très-vascularisées; plaque muqueuse sur celle de gauche et petits îlots blanchâtres dont l'un semble superficiellement érodé. Sur celle de droite, travail semblable commence quatre jours plus tard. | Nulles. | Incertaine. | Plaques muqueuses des amygdales et du voile du palais. | Gêne de la déglutition; enrouement, aphonie complète par instants. | Malade gardé en observation pendant quelques jours seulement. | | |
| 5 | 19 — | Garçon de restaurant. | Incertaine. | 5 mois. | Cordes vocales rouges et épaissies; sur celle de droite une saillie en forme de pyramide ressemblant à une plaque muqueuse végétante ou à une grosse papule. | Incertaine | Incertaine. | Papules sur le tronc. Macules sur les bras. | Enrouement; surtout perte de l'étendue de la voix. Douleur à la pression de la région thyroïdienne. | Début brusque, identique à celui d'une laryngo-trachéite aiguë et non spécifique. Troubles persistants. | ? | Après six semaines, peu d'amélioration. |
| 6 | 33 — | Peintre en bâtiments. | Incertaine. | 2 mois. | Épiglotte rouge et épaissie; sur la corde vocale droite, ulcération dentelée en avant et une plaque muqueuse exulcérée en arrière; épaississement hyperplasique de la muqueuse. | Nulles. | Incertaine. | Céphalées; plaques muqueuses sur les lèvres. | Voix rauque, mais parole distincte; sons graves et moyens normaux; sons élevés abolis. Toux. | Uniforme et continue. | Indéfinie. | Défavorable, l'altération de la voix persistant au delà de huit mois, guérison peu probable dans la suite. |
| 7 | 23 — | ? | Incertaine. | 7 semaines. | Cordes vocales inférieures épaissies; petite plaque muqueuse ovalaire entourée d'une zone opaline sur celle de droite; l'épiglotte boursouflée d'un rouge diffus et sombre. | Incertaine | 4 à 5 semaines. | Céphalées; adénopathie bi-inguinale et cervicale; éruptions papuleuses sur le tronc; plaques muqueuses sur les amygdales; tuméfaction douloureuse du cou et de la nuque; troubles constitutionnels; amaigrissement. | Voix rauque. | Invasion lente de l'altération de la voix. | Malade observé pendant deux mois, pendant lesquels l'enrouement persistait, mais guérison ultérieure très-probable. | |

| NUMEROS D'ORDRE. | AGE. | PROFESSION. | INCUBATION DE L'ACCIDENT primitif, depuis le moment du coït infectant jusqu'à l'apparition du chancre. | INCUBATION DES ACCIDENTS laryngopathiques, à partir de l'apparition du chancre infectant. | LÉSIONS LARYNGÉES. | CAUSES OCCASIONNELLES de la laryngopathie. | INCUBATION DES ACCIDENTS consécutifs éloignés du larynx, depuis l'apparition du chancre jusqu'à l'apparition des premiers accidents généraux. | LÉSIONS ÉLOIGNÉES DU LARYNX au moment de la constatation des lésions laryngées. | TROUBLES FONCTIONNELS laryngés et pharyngés. | LARYNGOPATHIE. MARCHE. | DURÉE. | TERMINAISON. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 30 ans. | Plombier. | Incertaine. | 65 jours. | Hypertrophie inflammatoire de la corde vocale supérieure gauche; replis thyro-aryténoïdien droit rouge, boursouflée. | Nulles. | 35 jours. | Papules sur le tronc et les membres; adénopathie bi-inguinale; plaques muqueuses sur les amygdales. | Enrouement rapidement progressif. Douleur pharyngée se propageant dans les oreilles; gêne de la déglutition. | Uniforme et continue. | Amélioration progressive à partir du douzième jour. | |
| 9 | 19 — | Maçon. | 15 jours. | 5e mois. | Les deux cordes vocales inférieures épaissies et de coloration marbrée; sur celle de gauche une perte de substance à bords déchiquetés de trois à quatre millimètres. Épiglotte très-rouge. | Nulles. | » | Plaques muqueuses sur les lèvres, les amygdales et le voile du palais; papules confluentes au périnée. | Enrouement suivi d'aphonie. Douleur en parlant; dysphagie. | Oscillations nombreuses. | Six semaines. | Guérison survenue en quelques jours, à la suite d'une angine inflammatoire violente. |
| 10 | 28 — | Employé d'octroi. | Incertaine. | 6 mois. | Plusieurs plaques muqueuses exulcérées sur la corde inférieure droite; ulcération du côté opposé. | Incertaines. | Incertaine. | Plaques muqueuses sur les joues; lèvres buccales ulcérées aux commissures, et papules plates au pourtour des ailes du nez. Pustules d'ecthyma sur la cuisse droite. | Aphonie. | Continue et progressive. | Six semaines. | Guérison en quelques jours après un érysipèle de la face. |
| 11 | 18 — | Feuillagiste. | 1 mois. | 6 mois. | Épiglotte et replis aryténoïdiens d'un rouge sombre. Cordes vocales inférieures d'aspect rugueux et inégal; vaisseaux dilatés sur celle de droite. | Nulles. | 2 mois. | Plaques muqueuses sur le voile du palais; amygdales déchiquetées par cicatrices. | Enrouement indolent; gêne de la déglutition. | Uniforme. | Après deux mois amélioration notable, acheminement vers la guérison. | |
| 12 | 32 — | Garçon de bains. | Incertaine. | 5 ou 6 semaines. | Cordes vocales inférieures rouges et épaisses. | Incertaines. | 5 à 6 semaines. | Plaques psoriasiques sur les jambes, plaques muqueuses sur les lèvres; rougeur pharyngée. | Enrouement. | Uniforme; apparition très-précoce. | Amélioration et tendance vers la guérison après quatre mois. | |
| 13 | 17 — | Boucher. | Incertaine. | 2 mois. | Cordes vocales inférieures d'un rouge vineux; muqueuse d'aspect lisse et dense. | Incertaines. | 2 mois. | Rougeur de l'isthme, plaques muqueuses sur les deux amygdales, granulations et érosion du pharynx. | Enrouement. | Continue et uniforme. | Aucun changement après cinq semaines. | |
| 14 | 20 — | Garçon maçon. | 3 semaines. | 2 mois 1/2. | Épiglotte granuleuse. Épaississement et rougeur des cordes vocales. | Refroidissement. | 6 semaines. | Rougeur diffuse du pharynx. | Enrouement; toux; expectoration. | Invasion brusque, marche uniforme. | Amélioration et tendance vers la guérison après deux mois. | |

coup diminué. Le 5 décembre on constate l'état suivant : Éruption érythémo-papuleuse discrète sur la peau. Plaque muqueuse anale. — Rougeur diffuse et sombre de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx. Déglutition facile. Pas de douleur laryngienne, de toux ni de dyspnée.

Voici les résultats de l'examen laryngoscopique pratiqué le 1er décembre 1872 : L'épiglotte offre à la partie moyenne de son bord libre quelques glandules hypertrophiés. Dans le reste de son étendue elle est d'aspect normal ; il en est de même de toute la muqueuse laryngée à l'exception de celle qui recouvre les cordes vocales inférieures. Ces organes présentent une couleur rouge foncé uniforme, sur laquelle se dessinent très-distinctement, dans un sens parallèle à la direction des cordes vocales, un grand nombre de petits vaisseaux dilatés et d'un rouge très-éclatant. Cet état est symétrique et absolument identique des deux côtés. L'épaississement des cordes vocales est peu accusé. Point d'ulcérations, ni d'aspect rugueux dépoli.— Le reste de l'organe vocal est sain.

Examen le 8 décembre 1852. — En examinant huit jours après on constate : Trachée rouge et uniformément injectée à sa partie antérieure. Même état du larynx.

11 décembre.—L'hypertrophie des amygdales a augmenté. L'état de la trachée et des cordes vocales n'a pas changé.

15 décembre. 8e semaine de la laryngopathie, 5e mois de la syphilis. — L'enrouement a beaucoup diminué.

L'hypertrophie des amygdales est toujours considérable ; elle empêche l'examen.

Les petits tubercules de l'épiglotte ont persisté.

Les stries rouges parallèles aux cordes vocales provenant de la vascularisation morbide ont disparu. L'injection diffuse persiste encore, mais elle est moins prononcée.

On constate le même état dans la trachée.

On touche avec la solution n° 1.

Nous avons résumé la partie clinique de notre travail dans le tableau analytique qui précède et qui permet d'embrasser tout à la fois l'ensemble et les détails des observations.

(*A suivre.*)

## SUR LE CANCER DE L'APOPHYSE MASTOIDE

par M. **Édouard Rondot**, interne des hôpitaux.

Le cancer de l'apophyse mastoïde est excessivement rare : les divers traités d'otologie et de pathologie chirurgicale n'en font même pas mention ; d'autre part, nous ne croyons pas qu'une seule observation en ait été publiée jusqu'à ce jour. Aussi, croyons-nous à la fois utile et intéressant d'appeler l'attention sur la marche et les symptômes d'une affection dont l'évolution s'est accomplie sous nos yeux.

Elle s'est partagée en deux périodes bien distinctes : la première, présentant les signes d'une suppuration profonde des cellules mastoïdiennes, probablement causée par une carie du rocher, de quelque nature qu'on pût la supposer ; la seconde plus rapide, datant du jour où l'incision pratiquée derrière l'oreille suivant la méthode de Wilde mit à nu, au lieu d'une collection purulente, un tissu de nature cancéreuse.

Ce n'est qu'à partir du mois de novembre dernier que la maladie est entrée dans une phase véritablement active : une otorrhée légère datant de l'enfance, parfois un peu de suintement sanguinolent causé par des fongosités du conduit auditif externe, des bourdonnements, des fluxions passagères étaient les seuls symptômes observés jusqu'à cette époque ; il est donc assez difficile d'assigner à la localisation cancéreuse une date de début certaine. L'impression brusque du froid détermine alors une névralgie trifaciale intense et un gonflement rapide de la partie postérieure de l'oreille. Vers le milieu de janvier se déclare une paralysie faciale du même côté, et la malade entre dans le service uniquement pour se faire soigner de cette paralysie ; les points névralgiques subsistent. Un examen prolongé permet de supposer qu'il existe une lésion du rocher et que le pus, collecté dans les cellules de l'apophyse mastoïde, tend à se faire jour vers la peau. Un sillon très-net sépare le pavillon de la portion mastoïdienne tuméfiée, ce qui exclut l'hypothèse

d'une périostite, dont on ne retrouve du reste aucun des signes fonctionnels, si bien décrits dans le récent article de M. Duplay dans les *Archives de médecine*. Il nous manque également un certain nombre de symptômes qui permettraient de conclure sans réserve à la formation du pus dans les profondeurs de l'apophyse : pas de frissons, jamais de fièvre ; douleurs névralgiques, extensives, n'ayant pas le caractère d'obtusion de celles qui dénotent les collections osseuses inflammatoires. La peau derrière l'oreille est décollée et semble soulevée par un liquide qui ne peut être que purulent. Nous avons vu plus tard que cette sensation tenait à l'existence de fongosités cancéreuses ramollies qui s'étaient fait jour jusque sous la peau après avoir détaché, peut-être même détruit la lame périostée. Il était donc impossible de formuler un diagnostic d'exception : l'absence de quelques signes, le caractère particulier de certaines autres ne pouvait suffire à éliminer la seule hypothèse rationnelle qui se pût établir en pareille occurrence. Si dans des cas assez rares on a pu reconnaître en cette région des affections malignes, c'était surtout par la connaissance de symptômes antérieurs, par les accidents de compression révélant à la base du crâne l'existence de néoplasmes qui tendaient à se porter vers l'extérieur. Dans ces cas, dont on connaît plusieurs exemples, on a vu se produire toute une série de signes morbides dépendant des lésions des divers troncs nerveux en rapport avec les produits de nouvelle formation; mais les phénomènes dataient d'assez loin dans l'histoire de la maladie, et ce n'est que plus tard qu'on voyait apparaître vers le squelette du crâne des symptômes certains d'envahissement. Chez notre malade, il existait depuis longtemps une affection chronique de l'oreille, et c'est dans un âge assez avancé, à l'époque de la ménopause, que le mal a subi cette sorte de poussée qui, par l'effet d'une cause occasionnelle, le froid, s'est traduite à l'observation par des névralgies d'abord, puis par une paralysie du facial. La surdité incomplète, les bourdonnements d'oreille, les vertiges, quelques mouvements de rotation nous indiquaient également que le nerf auditif avait dû participer au travail morbide, et ce der-

nier point mérite d'autant plus l'attention, que depuis quelques années, le vertige auditif fait l'objet d'un certain nombre de mémoires. La thèse de M. Voury, sur la maladie de Ménière, donne une analyse détaillée de ce syndrôme, avec l'exposé des théories qui ont été émises sur son mode de production.

Dans le cas présent nous constatons simplement le fait clinique laissant à d'autres le soin de déterminer s'il s'agit d'une lésion des canaux demi-circulaires comme tendent à le faire supposer les expériences de Flourens, ou d'une action réflexe provoquée soit par un état morbide du nerf de la huitième paire, soit par une augmentation de la pression intra-labyrinthique, action réflexe que Brunner transporte sur les centres de coordination et d'équilibration. (Voir la thèse de M. Voury, 1874.)

Quoi qu'il en soit de ces théories, nous sommes forcés d'admettre que l'auditif ne fonctionne pas comme à l'état normal. Ce ne sont pas là du reste les seules manifestations pathologiques du système nerveux, puisque nous observons à la fois une paralysie du facial et une névralgie du trijumeau. La première est incomplète, car la luette n'a pas subi de déviation et la sécrétion salivaire ne s'écarte pas du type physiologique, symptômes signalés de l'intégrité du petit pétreux superficiel et de la corde du tympan. On peut considérer cependant comme probable que le nerf de la 7e paire a été intéressé dans l'intérieur de l'aqueduc de Fallope, si l'on se reporte aux lésions profondes des parties osseuses qui permettaient, après l'incision, de refouler par le conduit auditif externe une grande quantité du liquide putrilagineux développé dans l'apophyse mastoïde. Quant à la névralgie du trijumeau, les commémoratifs tendraient à faire supposer qu'elle reconnaît une cause périphérique, un courant d'air froid, et cependant la multiplicité, la dissémination des points douloureux sur presque toutes les ramifications du trifacial seraient un argument en faveur de l'hypothèse qui placerait la lésion au niveau du rocher, dans la portion intrà-cranienne du nerf. A ce niveau, la néoplasie serait bien rapprochée des lobes célébraux pour ne pas donner naissance à des phéno-

mènes spéciaux de compression, mais il est à supposer que la marche s'est effectuée vers l'extérieur, absolument comme dans certaines caries du rocher où la suppuration montre une tendance à se porter vers la périphérie extérieure. Cette analogie dans l'évolution des deux maladies permettrait peut-être de déduire une considération pronostique de haute valeur, en ce sens que l'on a noté l'antagonisme entre l'extension vers les cellules mastoïdiennes et l'envahissement du coté de la carotide interne. C'est un point que Marcé fait parfaitement ressortir dans sa thèse.

Quant au traitement suivi dans ce cas, il a été tout aussi rationnel que le diagnostic: tous les symptômes donnaient à penser qu'il existait une collection de pus dans l'apophyse mastoïde, et comme dans tous les fait analogues, l'indication principale était de frayer un passage à la suppuration. Demarquay avait songé dès le début à appliquer une couronne de trépan; mais il abandonna cette idée en voyant la marche rapide vers les téguments se dénoter à la fin par une fluctuation tout à fait superficielle.

Une incision longitudinale fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante de l'artère auriculaire postérieure, puis une flèche de pâte de Canquoin fut introduite dans la plaie.

En résumé le cancer de l'apophyse mastoïde est un fait très-rare; il donne lieu aux symptômes de la carie du rocher avec complications nerveuses et peut simuler une suppuration profonde des cellules mastoïdiennes.

Notre malade n'était aucunement sous le coup d'une cachexie appréciable, l'intensité des douleurs névralgiques serait peut-être en rapport avec la dégénérescence maligne pratique.

Enfin l'engorgement ganglionnaire n'est survenu qu'après que l'incision eut permis de formuler un diagnostic de certitude.

Observation.

R..... (Henriette), 48 ans, est entrée le 5 février 1875 dans le service de Demarquay.

Elle jouit d'une bonne santé habituelle; réglée à 19 ans, elle

a toujours vu régulièrement, et ne s'est pas mariée. La seule affection dont elle se souvienne est un mal d'oreilles qui date de l'enfance, et s'accompagnait d'un léger suintement par le conduit auditif externe; plusieurs fois elle s'est aperçue qu'il sortait un peu de sang par cette voie. Elle était, de plus, sujette à des fluxions périodiques de la joue droite qui disparaissaient avec l'écoulement menstruel.

Aux premiers jours de novembre 1874, elle était près d'une fenêtre entrebâillée, recevant du côté droit l'impression de l'air froid, et le lendemain, à son réveil, elle s'aperçut d'un gonflement de l'oreille du même côté, qui, de plus, était rouge et douloureuse; depuis, le gonflement a persisté. Des douleurs névralgiques se déclarèrent, avec une intensité persistante, au niveau de l'oreille malade: de là partaient des irradiations, vers la face, sur le trajet des branches du trijumeau; les douleurs, souvent exacerbantes, se faisaient principalement sentir au niveau des trous sus et sous-orbitaires, à la fosse canine, sur le trou mentonnier, au-dessous de l'apophyse mastoïde, et s accompagnaient parfois d'élancements dans la région cervicale; tous ces points sont encore très-douloureux à la pression. La moitié gauche de la face et du cou était complétement indemne.

Pendant deux jours, la malade éprouva la sensation d'un corps étranger sous la paupière droite; la conjonctive était fortement injectée, les larmes coulaient en abondance; il ne reste de ces symptômes qu'une épiphora presque continuelle. Pas de troubles de la vision, intégrité complète des sens du goût et de l'odorat. Dès le début, bourdonnement continuel de l'oreille droite, sans hyperacousie; aujourd'hui l'intensité des perceptions auditives de ce côté a singulièrement diminué sans avoir totalement disparu.

La malade raconte, de plus, qu'elle fut atteinte en 1870 d'un rhumatisme bénin, s'étant localisé principalement à la main droite qui resta plusieurs jours tuméfiée; elle ressentait, depuis, des douleurs du bras et de l'avant-bras qui disparurent après le développement de son affection de l'oreille.

Vers le 15 janvier 1875, elle s'aperçoit inopinément un matin qu'elle a la bouche déviée; elle éprouvait à cette époque comme des crampes à la figure et au menton.

De temps en temps, elle aurait eu des accès de fièvre; toutefois sa mémoire ne lui permet pas d'être affirmative à ce sujet.

Fonctions digestives intactes; selles normales....

Le premier fait qui attire l'attention dans l'examen de la malade, c'est une paralysie faciale droite pour laquelle elle vient se faire soigner.

Commissure gauche fortement déviée, tirée en dehors et en haut, laissant voir les incisives et les canines supérieures ; également entraînée en bas et en dehors, mais à un moindre degré : il en résulte une difficulté pour retenir dans la bouche les aliments et les boissons.

A droite, parties molles affaissées ; occlusion de la paupière impossible ; légère saillie en dehors du rebord palpébral inférieur. Aucune déviation des globes oculaires ; pupilles égales.

Joue flasque ; les plis et rides de la paupière et de la lèvre supérieure, très-accentués à gauche, sont effacés à droite ; le contraste entre les deux lèvres est très-frappant.

Luette non déviée ; mouvements de la langue intacts, avec léger entraînement vers la gauche par suite de la traction commissurale.

Sensibilité conservée des deux côtés.

A la région auriculaire, on remarque un gonflement notable au niveau de l'apophyse mastoïde : la palpation n'y provoque pas de douleur, mais en se rapprochant du sommet de l'apophyse, la pression fait reconnaître un point névralgique en arrière et au-dessous de l'oreille ; pas d'exagération dans la chaleur locale ; sensation vague de fluctuation, ressemblant assez à celle que donnerait un décollement partiel et limité ; pas de craquements osseux.

La tuméfaction se continue sur la conque de l'oreille, mais en est bien séparée par un sillon profond ; le pavillon se trouve soulevé en masse de façon à s'écarter notablement de la ligne médiane ; oreille rouge, aplatie ; conduit auditif externe rétréci par la déviation du pavillon vers le plan antéro-externe, et la saillie en dedans du tragus : suintement mucoso-purulent continuel. L'examen profond n'est pas possible à cause de la difficulté pour écarter les parties.

L'introduction d'un stylet cause une vive douleur et un léger écoulement de sang.

Cataplasmes, injections émollientes dans l'oreille. Jusqu'à la fin de février, pas de symptômes particuliers, sauf des recrudescences douloureuses de temps en temps.

Le 26, en marchant, la malade est prise subitement d'un vertige : sa vue se trouble, les oreilles lui bourdonnent, il lui sem-

ble qu'elle tourne sur elle-même, et elle est forcée de s'adosser au mur du couloir pour éviter une chute.

Deux jours après le même phénomène se reproduit avec des nausées et quelques vomissements : depuis nous ne l'avons plus constaté.

Le gonflement de la région mastoïdienne s'accuse davantage, la coloration de la peau devient plus foncée ; des fongosités se montrent dans le conduit auditif qu'elles obstruent complétement au bout de trois jours. En même temps sur la peau violacée, tendue, de l'apophyse mastoïde se développent plusieurs parties saillantes, analogues à des furoncles, rouges, luisantes, et donnant lieu à une sensation de fluctuation qui ferait croire à s'y méprendre à l'existence d'un anthrax : sur le sommet acuminé de ces tumeurs, le 2 mars, on remarque des points blanchâtres.

Douleurs vives, surtout au niveau de l'œil. Le 4 mars au matin, Demarquay pratique une incision sur une longueur de 10 centimètres, suivant l'axe vertical de l'apophyse mastoïde.

Cette incision donne issue à une bouillie épaisse, grisâtre, d'odeur repoussante ; le doigt s'enfonce dans un tissu ramolli, friable, et déprime profondément des lamelles osseuses qui cèdent avec un bruit caractérisque ; cette pression détermine l'issue par l'oreille de la matière évacuée par le débridement.

L'artère auriculaire donne une certaine quantité de sang, et force de recourir à un bandage compressif.

5 mars. — Une odeur repoussante s'exhale des pièces de pansement ; on continue la compression de crainte du retour d'une hémorrhagie.

6 mars. — Un morceau de pâte de Canquoin est introduit dans les lèvres de l'incision qui sont blâfardes et grisâtres.

Rien à noter les jours suivants. La malade mange avec appétit ; elle a pâli d'une façon notable. L'ouïe n'a pas complétement disparu du côté droit.

8 mars. — La pâte est enlevée : il reste une plaie à bords et à fond sanieux, d'un gris sale. L'oreille est repoussée de façon à présenter son pavillon dans la direction du plan antérieur du corps. Cataplasmes.

Une portion du tissu est excisée et examinée au microscope par M. le docteur Chouppe qui reconnaît la trame caractérisque du cancer.

15 mars. — Hémorrhagie légère, rapidement arrêtée par des applications d'amadou.

Les irradiations douloureuses vers le cou sont plus nettes :

un petit ganglion se dessine sous la peau, un peu au devant du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

La paralysie n'a pas subi d'amélioration: la prononciation est notablement gênée.

Rien à noter du côté de l'œil: les points névralgiques sus, sous-orbitaire et mentonnier subsistent.

Voulant retourner dans son pays, la malade quitte le service le 30 mars.

---

# ANALYSES.

---

## Anomalies de l'union du marteau avec la membrane du tympan.

(Jos. Gruber, *M. f. O.*, 1874, nº 4.)

On rencontre souvent un aspect particulier de la membrane du tympan qu'il est impossible d'expliquer dans l'état actuel de la science sur la structure de cette membrane.

Le seul auteur qui ait mentionné cet état, sur lequel aucun travail spécial n'a été donné, est de Trœltsch, qui a fait une courte communication sur ce sujet à l'occasion d'un rapport publié dans les *Archives des maladies de l'oreille*. Il rapporte qu'il a trouvé une fois entre le manche du marteau et le tympan une cavité assez grande paraissant remplie de liquide et il ajoute qu'on ne peut admettre l'existence de cette cavité que si la discontinuité entre le manche du marteau et le tympan décrite par l'auteur et par Brunner existe réellement.

Cette disposition a été trouvée plusieurs fois par l'auteur sur le cadavre, et il a pu, à différentes reprises, la constater sur ses malades et la faire voir à ses auditeurs. Il n'est pas hors de propos d'en indiquer les principales circonstances, afin que d'autres observateurs puissent l'étudier et contribuer à éclaircir ce point intéressant de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille.

Les anomalies décrites par l'auteur se rencontrent dans

es inflammations de l'oreille moyenne, de nature catarrhale ou autre, et se rapportent à trois types différents :





1° On voit assez souvent, avec une couleur plus ou moins rouge livide de la membrane du tympan, à la place de la courte apophyse, une petite vésicule, d'une dimension variant entre la grosseur d'un grain de millet et celle d'un grain de chènevis, réfléchissant fortement la lumière, et à la partie la plus saillante de laquelle se distingue par sa couleur et son aspect l'extrémité supérieure du corps cartilagineux (1). Suivant les circonstances, cette vésicule globuleuse se place sur le manche du marteau, plus ou moins au-dessus du segment antérieur, ou bien, très-limitée, s'avance à la partie supérieure de la courte apophyse et du haut du manche près du conduit auditif. Cette vésicule peut être encore un peu plus bas ; en tous cas on peut, lorsque le malade guérit et que le tympan revient à l'état normal, constater qu'elle disparaît.

Il n'est pas nécessaire d'ajouter que cette vésicule ne peut être due qu'à une collection de liquide dans le point mentionné ; collection provenant d'un processus inflammatoire ou hypérémique de la membrane du tympan.

2° Si l'anomalie mentionnée plus haut atteint un degré plus élevé, ce qui arrive très-rarement, l'image prend un tout autre aspect. Alors on ne voit pas seulement une vésicule comme celle que nous venons de décrire, mais cette vésicule prend une forme allongée en descendant le long du manche du marteau, avec lequel son extrémité inférieure se confond. Le manche paraît alors être doublé ; il est probable que dans ce cas le corps cartilagineux de la partie extérieure du

(1) On sait que Gruber a appelé l'attention sur une substance cartilagineuse qui, naissant un peu au-dessous de la courte apophyse du marteau, descend le long du manche. Ce cartilage est nié par Prussak (Voir de Trœltsch, *Traité des maladies de l'oreille*, trad., p. 50).

manche du marteau est dissocié et poussé en avant par le processus. Cette opinion est d'autant plus fondée que, d'après les travaux de l'auteur, le cartilage est moins intimement uni avec le manche du marteau à la partie supérieure qu'à l'inférieure.

3° Le troisième type semble être la combinaison des deux autres. La courte apophyse paraît disloquée et poussée, soit vers le haut, soit plus fréquemment vers le bas, sur la surface postérieure du manche du marteau. Il va de soi que ce n'est pas la petite apophyse, mais la partie supérieure du cartilage unie avec elle qui a subi ce déplacement. Il est fréquent surtout dans les processus inflammatoires hypertrophiques de la muqueuse de l'oreille moyenne, et est accompagné d'autres modifications du tympan et de la chaîne des osselets, notamment de l'adduction et de l'inclinaison simultanée du manche autour de son axe. Dans cette situation anormale du manche du marteau le corps cartilagineux qui règne depuis la petite apophyse jusqu'à l'extrémité inférieure du manche paraît séparé et comme ridé ; l'angle extrême du manche semble alors recourbé et ondulé.

D^r^ Danjoy.

---

## Nouveau moyen de comprimer et de raréfier l'air de l'oreille moyenne.

Par le Dr E.-J. Dragumis. (*Archiv für Ohrenheilkunde*, mars 1875.)

L'auteur considère son procédé comme une modification de celui de Politzer, qui rend de si grands services aux personnes affectées de surdité, mais qui a, comme l'expérience de Valsalva, quelques inconvénients.

Pour comprimer l'air de l'oreille moyenne on doit fermer la bouche et gonfler fortement les joues. Ceci fait on bouche hermétiquement le nez en le serrant entre le pouce et l'index, et l'on opère un mouvement de déglutition à vide, c'est-à-dire sans avaler l'air renfermé dans la cavité buccale. Souvent la seule pression exercée par les muscles de la joue suffit pour faire pénétrer l'air dans les trompes qui s'ouvrent au moment même de la déglutition. Le malade éprouve une sen-

sation de pression dans l'oreille, et le médecin constate au même instant, à l'examen otocospique, un mouvement en dehors de la membrane du tympan.

Dans les cas d'obstruction des trompes, la simple pression des muscles de la joue ne suffit pas pour faire passer l'air ; il faut alors exercer une pression avec la main. Après avoir fermé la bouche et gonflé les joues, on pince le nez avec le pouce et l'indicateur d'une main dont la paume est appliquée sur une joue et les trois derniers doigts sur la joue opposée ; en cherchant à fermer la main, au moment où le malade fait un mouvement de déglutition à vide, on comprime suffisamment l'air renfermé dans la bouche, pour le faire pénétrer dans les trompes. Le degré de pression varie suivant le degré de perméabilité de ces canaux.

D'après l'auteur, ce procédé aurait sur celui de Politzer non-seulement l'avantage de supprimer un instrument dont le contact fréquent avec la muqueuse nasale produit toujours un peu d'irritation, mais de ne pas exiger la simultanéité de l'acte de la déglutition et de l'injection d'air, simultanéité qui n'est pas toujours facile à obtenir.

Pour raréfier l'air de la caisse on ferme le nez et la bouche, et l'on fait un mouvement de succion qui force les joues à former bourrelet entre les deux mâchoires légèrement écartées ; il suffit alors d'un mouvement de déglutition pour obtenir la raréfaction. Le malade accuse une sensation de pression dans l'oreille, et à l'inspection du tympan on constate un mouvement en dedans de cette membrane. Dr Lévi.

---

## Note sur le tympan artificiel.

Par le professeur Joseph Gruber. (*Wiener medizinische Presse*, 1874, n° 10.)

D'après l'auteur, le tympan artificiel employé par Toynbee et la plupart des otologistes offre plusieurs inconvénients :

1° Le fil métallique se détache facilement de la lame de caoutchouc, et souvent les malades, en voulant retirer la membrane, ne retirent que le fil. Le caoutchouc peut, à tra-

vers la perforation, pénétrer dans la caisse et provoquer des accidents??

2° Beaucoup de malades redoutent, et avec raison, la présence dans l'oreille d'un fil métallique qui pourrait les blesser s'ils venaient à recevoir un coup sur l'oreille, par exemple, et donner lieu à des douleurs, à une hémorrhagie, voire même à une inflammation.

3° Le fil métallique est facilement visible, ce qui ne convient guère aux dames.

Le prix d'achat de la membrane artificielle de Toynbee est assez élevé, et comme Gruber la prescrit non-seulement pour améliorer l'ouïe, mais aussi pour protéger les parties profondes de l'oreille moyenne dans les cas de perforation du tympan, il en a fabriqué une qui, par son bon marché, est à la portée de tous les malades. Il espère ainsi supprimer dans la pratique les bouchons de coton ou de charpie, dont il considère l'usage comme préjudiciable aux personnes affectées d'otite. Ces bouchons réfléchissent les ondes sonores et les empêchent de pénétrer jusqu'au labyrinthe ; il en résulte une atrophie progressive du nerf acoustique par suite de son inaction prolongée. Par leur pression sur le conduit auditif externe ils empêchent le retour du sang veineux et provoquent un arrêt de circulation dans les parties profondes qui, déjà enflammées, ne peuvent que devenir plus malades.

Le tympan proposé par Gruber peut être fabriqué par le malade lui-même. Il lui suffit de se procurer une feuille de caoutchouc de l'épaisseur de la membrane du tympan? et d'y couper, avec un emporte-pièce, une rondelle de la grandeur qui lui conviendra ; il traversera alternativement avec une aiguille armée d'un fil les deux faces de la rondelle vers sa partie centrale ; entre les deux points il laissera une certaine distance, de façon à ce que l'anse du fil ne puisse pas déchirer le caoutchouc. Les deux extrémités du fil sont nouées aussi près que possible de la lamelle ; l'une d'elles est coupée au niveau du nœud ; l'autre, dont la longueur doit excéder un peu celle du conduit auditif, est destinée à introduire la membrane artificielle au fond de l'oreille et à l'en retirer. Pour l'introduire on se sert d'une petite pince dont

une des extrémités recourbée à angle droit est munie d'un œillet; on passe le fil à travers l'œillet et on le serre fortement entre les branches de la pince, soit avec les doigts, soit avec une coulisse. Une fois l'appareil fixé au fond de l'oreille on desserre la pince et on la retire.

Cette opération peut être pratiquée par le médecin ou par le malade lui-même. Dr Lévi.

---

## L'Uricémie.

Par M. le Dr Gigot-Suard. (1 vol. in-8o. Paris, 1875, J.-B. Baillère.)

Après quelques considérations sur la maladie spontanée et la maladie expérimentale, et quelques généralités sur l'acide urique et les urates, M. Gigot-Suard relate une série d'expériences qu'il a faites sur des chiens et des lapins. Il s'étend ensuite sur le mode d'action de l'acide urique, et termine par un parallèle entre l'uricémie spontanée et l'uricémie expérimentale. Quelques parties de ce travail intéressent la laryngoscopie; nous allons les signaler brièvement. Disons d'abord que les expériences de M. Gigot-Suard ont consisté à administrer chaque jour une certaine quantité d'acide urique à des chiens et à des lapins, à les observer pendant quelque temps, puis à les sacrifier pour en faire l'autopsie. Les chiens, au nombre de dix, ont pris chaque jour de 20 centigrammes à 4 grammes d'acide urique pendant un à deux mois. Ils étaient nourris de pain légèrement salé et de viande crue. Des lésions ont été observées dans presque tous les organes; nous ne citerons que les altérations des muqueuses des premières voies (nez, bouche, pharynx, larynx). Dans presque toutes les expériences la muqueuse nasale était enflammée, et l'observation clinique confirme les données expérimentales, car, d'après l'auteur, il n'existe peut-être pas d'affection plus commune chez les uricémiques que le coryza. M. Gigot-Suard a observé l'épithélioma de la muqueuse du nez chez deux uricémiques âgés l'un de 52 ans, l'autre de 60 ans. Passant aux altérations de la muqueuse buccale, il signale l'érythème, l'eczéma simple ou fendillé, le psoriasis et l'épithélioma de la langue. L'auteur

partage les idées émises par M. Mauriac sur le psoriasis (V. *Union médicale*, 1873), mais il croit à une plus grande fréquence relative de cette affection, et considère l'uricémie comme occupant le premier rang parmi les causes qui la produisent. Chez une chienne mise en expérience, après que l'administration de l'acide urique eût été supprimée, on vit persister une maladie de peau presque générale, qui était tantôt boutonneuse, tantôt vésiculeuse et croûteuse, tantôt squammeuse. Au bout de deux ans la maladie de peau avait diminué, mais il se développa sur la langue un épithélioma à marche rapide qui détermina la mort de l'animal. Malheureusement l'autopsie n'a pas été faite. « Toutefois la tumeur avait acquis un tel développement qu'il était facile d'en apprécier les caractères, et que sa nature maligne ne pouvait être méconnue. » L'auteur considère comme possible et même probable que cet épithélioma provenait d'un psoriasis, puisque plusieurs affections cutanées et un psoriasis s'étaient développés chez la chienne. Mais il ne croit pas que le psoriasis de la langue soit exclusivement le point de départ de l'épithélioma.

Sur les dix chiens qui ont servi aux expériences, trois ont présenté une injection plus ou moins grande de la muqueuse du larynx et de la trachée; chez l'un c'était une simple hypérémie au niveau des cordes vocales; chez un autre, l'inflammation congestive s'accompagnait de boursouflement; enfin chez le troisième il y avait quelques érosions au-dessus de la corde vocale gauche.

Ici nous allons citer textuellement quelques passages: « Chez les uricémiques la muqueuse du pharynx est souvent le siége de deux affections qui peuvent se manifester isolément, mais qui le plus ordinairement coïncident.

« L'une (pharyngite érythémateuse) résulte de l'inflammation congestive de la muqueuse, sans processus végétatif. Elle est l'analogue de l'érythème cutané de la face appelé couperose. L'analogie devient surtout frappante lorsque l'hypérémie du réseau capillaire a produit la dilatation variqueuse des vaisseaux. Alors, en effet, ceux-ci forment à la surface de la muqueuse de petites houppes pénicillées ou des lignes

rougeâtres, droites, flexueuses, anastomosées entre elles, absolument comme dans la couperose. Le fond de la muqueuse est d'un rouge plus ou moins foncé ; quelquefois il est pâle ou ardoisé..... La seconde affection n'est autre chose que l'*angine glanduleuse.* »

Nous avons parlé plus haut de lésions qu'offrait la muqueuse laryngée de trois chiens. « Dans l'uricémie spontanée, dit l'auteur, l'inflammation congestive du larynx, d'ailleurs assez fréquente, n'arrive peut-être pas ordinairement au même degré que dans l'uricémie expérimentale, du moins en ce qui concerne la dilatation des vaisseaux capillaires. En effet, quelque intense que soit la coloration produite par la congestion du réseau capillaire, la muqueuse laryngienne conserve à peu près l'uniformité de sa teinte normale. Je n'ai jamais remarqué cet état variqueux des vaisseaux superficiels qu'on rencontre souvent sur la muqueuse du pharynx, et dont le réseau saillant contraste avec le fond plus pâle, parfois ardoisé des parties sous-jacentes. Lorsque les glandes sont hypertrophiées, elles forment des aspérités différentes de celles qui caractérisent la pharyngite granuleuse : ces aspérités sont plus arrondies, plus régulières et bien moins volumineuses que les granulations pharyngiennes. » Le mot *ardoisé* dont se sert M. Gigot-Suard nous semble moins approprié que celui d'*opalin*, dont se sert M. Isambert en décrivant l'angine arthritique, et qui nous a paru exprimer plus exactement la nuance délicate dont nous avons vu plusieurs exemples aux cliniques du médecin de Lariboisière. Il en résulte toutefois que M. Gigot-Suard et M. Isambert, partis de deux points de départ très-différents, ont l'un et l'autre reconnu une coloration particulière de la muqueuse pharyngée dans le cas d'arthritide de la gorge. Dr Deel.

---

## De l'irrigation naso-pharyngienne.

Par le docteur Alvin.

M. le Dr Alvin, médecin consultant au Mont-Dore, a publié dans le no 13, juin 1875, du journal *Lyon Médical* un mémoire sur l'irrigation naso-pharyngienne.

Nous reproduisons les lignes suivantes où il donne une théorie nouvelle du mécanisme de l'écoulement d'un liquide à travers les fosses nasales :

Le conduit nasal qui donne accès au liquide et la cavité naso-pharyngienne qui lui succède peuvent être considérés comme deux portions d'un même canal. Mais au point de vue physique, ces deux portions sont essentiellement différentes. Le conduit nasal depuis l'orifice externe jusqu'à l'orifice interne présente au liquide une section d'écoulement relativement étroite, rétrécie d'ailleurs par les diverses circonvolutions de la muqueuse. La cavité naso-pharyngienne, au contraire, s'étend en largeur et en profondeur ; obturée par le voile du palais, on peut admettre qu'elle présente un volume de 7 à 12 centimètres cubes. Le liquide injecté se trouve donc dans les conditions suivantes : il parcourt d'abord un conduit nasal médiocrement large, et arrive brusquement dans un espace beaucoup plus vaste, après avoir dépassé le bord postérieur de la cloison.

Admettons un instant que pour une *cause quelconque* (un relèvement musculaire *momentané* du voile, par exemple), la cavité se trouve obturée à la partie inférieure et que le courant de retour par l'autre narine soit établi à un moment donné. Il est facile, d'après ce qui précède, de comprendre ce qui va se passer dans la cavité.

Lorsqu'un courant liquide (et plus généralement un courant fluide) trouve ainsi brusquement à franchir une section d'écoulement relativement plus étendue, on observe aux environs de cette section des phénomènes de diminution de pression intérieure bien connus des hydrauliciens.

Tenturi et d'autres ont fait à ce sujet des expériences concluantes que nous ne rapporterons pas ici, et qu'il est d'ailleurs bien facile de répéter. Le voile du palais sera donc soumis dans notre hypothèse à 4 forces distinctes :

1° P son poids, qui tend à l'abaisser et à favoriser le passage de l'eau dans le pharynx.

2° M une contraction musculaire qui tend à le relever, mais qui, seule, serait impuissante à expliquer l'obturation permanente de la cavité.

3° $p$ sur sa face inférieure, la pression atmosphérique.

4° $p'$ sur sa face supérieure, la pression interne du liquide en mouvement.

L'équation d'équilibre du voile du palais serait donc

$$P + p' = M + p.$$

Ainsi pour que le voile obture efficacement la cavité, on devra avoir :

$$(1)\ P + p' < M + p.$$

Et pour que le liquide tombe dans le pharynx :

$$(2)\ P + p' > M + p.$$

Étudions successivement les éléments qui entrent dans ces formules.

Le poids du voile, P, est très-faible. La contraction musculaire, M, peut varier dans des limites assez étendues. Les praticiens qui sont accoutumés aux observations rhinoscopiques savent avec quelle force souvent inattendue le voile peut soulever les miroirs introduits dans son voisinage.

Les pressions $p$, $p'$ pression atmosphérique et pression dans le liquide en mouvement satisfont comme on l'a vu plus haut à la relation

$$p > p'.$$

Il faut ajouter que la quantité $p - p'$ est d'autant plus grande que la vitesse d'écoulement du liquide dans la cavité est elle-même plus grande.

Cette différence $p - p'$ qui représente une force agissant de bas en haut, tendant à obturer la cavité, ne fût-elle représentée que par quelques centimètres de hauteur d'eau, suffit dans la plupart des cas à déterminer l'inégalité (1) et par suite à expliquer le relèvement permanent du voile.

Ce qui précède suffit à faire voir pourquoi le retour du courant n'a pas lieu lorsque la quantité $p - p'$ est trop faible, c'est-à-dire lorsque le courant n'est pas assez volumineux.

Enfin, lors des mouvements de déglutition, la contraction musculaire M change de signe comme force ; dans ce cas il arrive toujours que c'est l'inégalité (2) qui est satisfaite quel que soit $p - p'$.

L'analyse sommaire qui précède fait clairement ressortir les conditions du succès physique de l'irrigation.

On devra :

1° Produire un relèvement initial du voile du palais.

2° Atteindre par un courant convenable une diminution de pression hydrostatique suffisante au-dessus du voile.

3° Éviter toute contraction musculaire qui tendrait à abaisser le voile.

## NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Demarquay, que nous nous honorions de compter parmi nos collaborateurs.

M. Demarquay était depuis plus de vingt ans chirurgien de la maison Municipale de santé. Enfant de ses œuvres, il s'était élevé par son travail à une des plus hautes situations chirurgicales de Paris. Il a tenu à mourir à Longueval, lieu de sa naissance, et la population tout entière de cette commune assistait à ses funérailles. L'Académie s'y était fait représenter par une députation; des discours ont été prononcés sur sa tombe par le docteur Ricord, et par le docteur Boinet, au nom de la Société de chirurgie.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, tome XX, article Larynx (anatomie, physiologie, laryngoscopie, pathologie médicale et chirurgicale), de la page 218 à la page 322, par les docteurs Eugène et Jules Bœckel.

L'importance de cet article est telle que nous en donnerons une analyse complète dans un de nos plus prochains numéros.

Méthode rationnelle d'articulation à l'usage des institutions de sourds-muets (École française), par M. E. Colombat (de l'Isère), professeur d'orthophonie à l'Institution nationale des Sourds-Muets.

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (397, 4-5.)

*Le Gérant :* G. Masson.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

## HÉMIPLÉGIE DU LARYNX, COINCIDANT AVEC UNE HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE CÉRÉBRALE.

par M. le Dr **J. Luys**, médecin de la Salpêtrière.

L'hémiplégie du larynx coïncidant avec une hémiplégie de cause cérébrale me paraît un fait assez rare pour mériter d'être rapporté ici avec quelques détails. Les auteurs classiques n'en ont pas, que je sache, jusqu'à présent rapporté d'exemple avec autopsie, et, c'est au point de vue de la concordance des symptômes observés avec les lésions anatomiques, que j'ai pensé qu'une observation de ce genre pourrait avoir quelque intérêt. Pour ma part, depuis près de dix ans que j'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre d'apoplectiques, c'est le premier exemple semblable que je rencontre dans ma pratique hospitalière.

Il s'agit d'une malade qui, en même temps qu'elle avait été frappée d'hémiplégie des membres supérieur et inférieur gauches, était devenue aphone. Son intelligence était nette, et elle pouvait, à voix basse seulement, répondre distinctement aux questions qu'on lui adressait. Elle n'avait ni paralysie de la langue, ni paralysie du voile du palais ni des lèvres. Elle articulait très-nettement sans pouvoir produire aucune vibration sonore. Elle nous répéta à plusieurs reprises que cette aphonie avait suivi une première attaque de paralysie qu'elle avait eue quatre ans avant la dernière qui

l'amena à l'infirmerie, et les parents qui venaient la visiter ont plusieurs fois confirmé ses assertions.

Voici les principaux détails qui concernent notre malade :

Elle entra à l'infirmerie de la Salpêtrière le 3 juin 1875 pour y être traitée d'une attaque subite d'apoplexie. Au moment de son entrée elle était dans un état de perte de connaissance presque complet avec hémiplégie des membres gauches. Pas de troubles de la sensibilité ni des organes des sens.

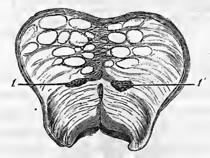
Les phénomènes congestifs du début se calmèrent peu à peu sous l'influence d'un traitement approprié. La malade reprit peu à peu sa connaissance et nous pûmes ainsi nous rendre compte de son état. Son intelligence reprit une certaine lucidité et lui permit de nous donner des renseignements précis sur ses antécédents. Elle nous dit, en effet, qu'il y a quatre ans elle fut frappée pour la première fois d'hémiplégie gauche, et qu'à partir de ce moment elle perdit la faculté de produire des sons vocaux, et que jamais elle ne put la récupérer.

Pendant les premiers temps de son séjour la malade parut entrer en convalescence; quoique traînant la jambe elle pouvait faire quelques pas dans la salle, en parlant toujours à voix basse mais d'une façon régulière et en exprimant nettement ses pensées d'une façon coordonnée. Quelques jours après cette amélioration apparente, elle fut prise subitement de nouveaux symptômes congestifs, elle perdit connaissance, des phénomènes de contraction se montrèrent, il y eut de la déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite, la respiration devint stertoreuse et elle s'éteignit insensiblement.

*Autopsie*. — L'encéphale ayant été mis à nu on constata les particularités suivantes :

Le tronc basilaire ainsi que les artères qui en émergent étaient très-fortement athéromateux. La substance cervicale se présentait avec son épaisseur et sa coloration normale dans les différentes régions où on l'examina. La substance grise du corps strié était criblée d'une multitude de petites vacuoles remplies de sérosités pour la plupart et qui correspondaient à des petites artérioles athéromateuses ; on ren-

contrait dans la plupart des petits capillaires à parois rigides et fortement pigmentés. Le noyau extra-ventriculaire du corps strié droit était beaucoup plus fortement attaqué que son homologue du côté opposé. Les fibres blanches ambiantes du centre de Vieussens étaient aussi interrompues çà et là par des espaces lacunaires analogues aux précédents. Les couches optiques n'étaient pas épargnées, les mêmes vacuoles se retrouvaient dans la trame, mais beaucoup plus rares que dans les corps striés. Le cervelet n'offrait aucune particularité notable, si ce n'est une hypérémie très-accusée des corps rhomboïdaux. La protubérance était très-fortement injectée par places dans la substance grise centrale. On constata de chaque côté de la ligne médiane deux petits foyers aréolaires gros comme un petit pois et contenant un liquide séreux.

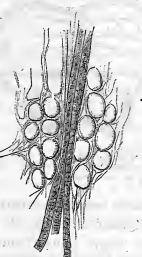


Région supérieure de la protubérance. Petits foyers hemorrhagiques, celui de droite plus volumineux.

Les poumons étaient emphysémateux et œdématiés. Le ventricule droit était dilaté et flasque, le gauche légèrement hypertrophié (léger degré d'insuffisance mitrale), l'aorte se présentait incrustée de plaques athéromateuses très-confluentes. Rien de notable pour les autres viscères.

*Larynx.* — Les nerfs récurrents paraissaient jaunâtres et diminués de volume : leurs ramuscules musculaires étaient grisâtres et peu apparents; le récurrent gauche paraissait plus profondément dégénéré que le récurrent droit, la teinte jaunâtre y était plus fortement accusée. Le larynx ayant été plongé pendant quelques jours dans une solution légère d'acide chromique, je pus étudier à l'aide de coupes transversa-

les l'état des points dégénérés, et reconnaître l'existence des lésions profondes qui auraient passé inaperçues à un examen ordinaire. Je constatai aussi que, sauf le muscle thyro-aryténoïdien gauche, la plupart des muscles intrinsèques avaient leur coloration rougeâtre habituelle; que ce muscle thyro-aryténoïdien était très-profondément dégénéré; la dégénérescence dont il était atteint était caractérisée par une disparition presque complète des fibres musculaires, et leur remplacement par un développement corrélatif de tissu conjonctif et de vésicules adipeuses. Les fibriles musculaires étaient toutes passées à l'état finement granuleux, les stries n'apparaissaient plus que sous forme de petits points jaunâtres disposés transversalement; le sarcolème se montrait sous forme de fibrilles conjonctives parallèles avec quelques granulations éparses, représentant les derniers résidus des fibrilles musculaires résorbées.

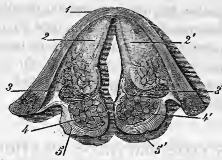


250 diamètres. — Dégénérescence graisseuse et fermetures néoplésiques, les membres réduits à l'état granuleux vacuoles adipeux multiples.

Le thyro-aryténoïdien droit, quoique moins intéressé, était loin cependant d'être respecté dans sa structure. Il présentait aussi les premières phases du processus atrophique si accusé dans son congénère, sous l'apparence d'une prolifica-

tion du tissu conjonctif se montrant çà et là avec l'aspect d'un tissu fibroïde très-nettement accusé.

Dans ses autres éléments anatomiques le larynx ne présentait aucune autre altération notable.




1. Section des tyroïdes.
2. Atrophie et dégénérescence du thyro-aryténoïdien.
2' Muscle aryténoïdien droit moins dégénéré.
3.3' Section des aryténoïdes.
4.4' Section des fausiles aryténoïdiens postérieurs.
5.5' Muqueuse du pharynx.

On voit donc, en résumé, qu'il s'agit ici d'un cas de dégénérescence secondaire de l'appareil musculaire du larynx, portant principalement son action sur le muscle thyro-aryténoïdien et coïncidant avec une ancienne lésion cérébrale.

Chez cette malade, dont le système artériel en entier était incrusté d'athérômes, les artères de l'encéphale, indurées du même coup, sont devenues successivement le siége de lésions multiples qui ont déterminé ces aréoles, ces espaces lacunaires multiples, si abondamment répartis dans la substance grise des corps striés et dans quelques régions limitées de la protubérance. Il est vraisemblable d'admettre que parmi ces diverses lésions il en est quelques-unes qui ont intéressé plus spécialement cet ordre de fibres phono-motrices qui conduisent l'incitation volontaire aux muscles du larynx et concourent à faire tendre les cordes vocales; et que le même processus morbide qui a interrompu les voies de propagation de la volonté aux muscles de tout un côté du corps, en amenant une hémiplégie gauche, a rayonné du même coup sur les foyers centraux d'origine des muscles tenseurs de la

glotte : de là, la dégénérescence secondaire des nerfs récurrents, de là, ces troubles trophiques consécutifs de la fibre musculaire qui se caractérisent par une résorption de la substance musculaire, et sa fonte granulo-graisseuse avec prolification de vésicules adipeuses. De là, une véritable hémiplégie des muscles laryngés, marchant parallèlement avec l'hémiplégie des muscles de tout un côté du corps; de là, cette aphonie persistante, contemporaine de la première attaque apoplectique, et qui s'est maintenue d'une façon constante, en raison même de la persistance de la lésion qui lui avait donné naissance.

---

## QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DES OREILLES.

Par M. **Bonnafont,** membre correspondant de l'Académie de médecine

Des corps étrangers qui peuvent être introduits dans les oreilles, les uns viennent de dehors en dedans et d'autres de dedans en dehors. Parmi les premiers, les uns sont solides, d'autres mous et même liquides ; tandis que les seconds sont ordinairement mous ou liquides, et ne peuvent acquérir qu'une solidité relative; comme par exemple le cérumen ou tout autre matière indurée; ce qui est assez commun.

Dès qu'un corps étranger est engagé dans le conduit auditif, il est bien évident qu'il faut en faire l'extraction le plus tôt possible. Mais faut-il pour cela s'obstiner et ne vaut-il pas mieux attendre, plutôt que de soumettre l'oreille à des manœuvres douloureuses qui bien souvent n'ont d'autre résultat que de l'enfoncer plus profondément dans le fond du conduit? Avant de répondre à cette question il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations sur la nature des corps enfoncés, et surtout sur la manière dont ils ont été introduits.

Les corps durs qu'on rencontre généralement, et seulement chez les enfants, sont des perles, des grains de sable, de plomb, de pierre, des haricots, petits pois, etc.

C'est ordinairement en jouant, ou par distraction, que l'en-

fant les porte au méat auditif, où il cherche à les coller sans intention de les faire pénétrer plus loin. Si le corps étranger est un peu trop volumineux, il reste à l'entrée du méat, et l'enfant continue à jouer ; tandis que si, comme cela arrive trop souvent, le corps est plus petit que le méat et le conduit, il s'engage dans celui-ci ; et, selon la position de la tête, l'existence ou l'absence de cérumen, il reste à peu de distance du méat ou s'enfonce plus ou moins profondément. Tous les corps durs suivent généralement cette marche. Il n'arrivera jamais à l'enfant, ni à une grande personne, de l'enfoncer, pour peu qu'on trouve de la résistance, à cause de la douleur qui résulterait de cette manœuvre. Donc, si le corps étranger a pénétré sans aucun effort dans le conduit, cela prouve que son calibre était plus petit que le tube ; qu'il a pu glisser par son propre poids et qu'il peut en sortir de même. La conséquence de cette théorie est que son extraction peut et doit se faire sans l'intervention d'aucun instrument. Puis, ces corps étant le plus souvent à surface lisse et polie, il faut de toute nécessité qu'ils résistent assez pour que les valves ou la tige de l'instrument puissent passer entre les parois du conduit. Or si le corps est d'un calibre moindre que ce dernier, cette résistance ne peut se rencontrer qu'au fond du conduit, en s'appuyant à la membrane du tympan, laquelle devient souvent la victime des efforts tentés. Ces exemples sont nombreux et je pourrais en citer plusieurs. Je me bornerai à ceux que je viens de recueillir et qui m'ont inspiré ce travail. Comme les parents ne sont préoccupés que de la présence du corps étranger dans l'oreille et du danger que son séjour peut y produire, son extraction immédiate, n'importe par quel procédé, leur sera toujours agréable ; et ils trouveront bien plus habile le praticien qui l'aura extrait en blessant le tympan, compromettant ainsi l'audition, que celui qui conseillera simplement des injections et de s'abstenir de l'usage de tout instrument. J'ai été cependant partisan de cette manière de procéder. Mais depuis plusieurs années l'observation m'a appris que les corps étrangers de cette nature, engagés dans les conditions ci-dessus indiquées, peuvent rester longtemps dans le conduit auditif sans y pro-

duire aucun accident, pourvu qu'ils ne s'appuient pas contre les membranes du tympan. Je citerai seulement trois exemples intéressants à l'appui de cette opinion.

PREMIÈRE OBSERVATION.

On me conduisit l'année dernière, de la province, une jeune fille de huit ans pour lui extraire un haricot ou un pois qu'elle s'était introduit dans l'oreille gauche. Le médecin de la famille, après quelques tentatives infructueuses, eut la sagesse de ne pas s'obstiner à l'extraire et de me l'adresser. A l'examen, l'otoscope me fit constater que c'était un petit haricot noir; le toucher, avec un stylet, me permit de m'assurer qu'il était mobile et situé près la membrane du tympan. Je fis de suite une injection un peu forte avec une petite pompe à jet continu après laquelle je pus voir que le petit haricot s'était sensiblement rapproché. Comme il était très-apparent, je voulus tenter de le saisir avec les pinces si ingénieuses de M. Duplay, puis avec ma vrille, mais impossible de le saisir, le plus léger attouchement le faisait reculer : je renonçai alors à toute tentative d'extraction par l'instrument. Les parents étaient pressés de s'en retourner, je les rassurai en leur disant qu'il n'y avait rien à craindre pour leur enfant, et qu'au moyen d'injections avec un irrigateur, renouvelées matin et soir, la tête de l'enfant un peu penchée, le corps étranger ne tarderait pas à sortir. Huit jours après, j'appris en effet que le haricot avait été expulsé et que son séjour n'avait produit aucune douleur ni déterminé aucun accident.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Mon honorable confrère, M. F., m'adressa, en juillet 1874, Mme B. L..., dont l'enfant s'était introduit un corps étranger dans l'oreille droite : petit pois ou haricot, pour l'extraction duquel des tentatives déjà faites, n'avaient eu d'autre résultat que de l'enfoncer jusqu'au fond du conduit. A l'examen, je pus constater que le corps étranger était contre ou bien près de la membrane du tympan. Une injection ne l'ayant pas fait changer de place, j'engageai la mère à inonder le conduit d'huile et à revenir le lendemain : l'injection n'ayant pas mieux réussi que la veille, je tentai de le saisir avec la petite vrille, qui s'engagea facilement, et je crus un instant l'extraire. Mais, ramolli par l'eau et l'huile, le corps se brisa et la vrille, en rapporta seulement un petit fragment. C'était également un haricot, l'en-

fant pleurait, s'agitait, et la mère était plus émue encore; je la rassurai, lui disant que le corps brisé et surtout éloigné du tympan toute crainte devait cesser, et le haricot sortirait maintenant sans autre opération que des douches d'eau tiède un peu fortes. Pressé et obligé de partir pour le congrès de Stockholm, je laissai l'enfaut dans cet état, recommandant à la mère de renouveler les injections et d'attendre paticmment mon retour. Mais à peine arrivé à Stockholm, elle m'écrivit que son enfant ne manifestait aucune douleur, qu'il entendait mieux, mais qu'on l'effrayait sur le séjour prolongé du corps dans l'oreille. Je lui répondis qu'elle n'avait rien à craindre et qu'il fallait m'attendre, lui indiquant la date de mon retour. A peine arrivé, après 46 jours d'absence, la mère me présenta sa petite fille le haricot était près du méat auditif, et une injection un peu forte l'expulsa immédiatement.

Voilà donc un corps étranger qui est resté engagé dans le conduit auditif deux mois environ, sans déceler sa présence par aucune douleur ni produire aucun accident. Eh bien! il en est de même de tous les corps étrangers durs peu susceptibles de se dilater, et ce sont les plus nombreux, comme nous en avons donné les raisons au début de cet article.

Le fait cité par Cleland, inséré dans la *Gazette médicale de Paris* du 9 janvier, donne complétement raison à la théorie que je viens d'émettre, car si Cleland est parvenu à extraire si facilement un petit pois en le faisant glisser sur une aiguille comme sur un plan incliné, cela prouve que le corps était d'un calibre plus petit que le conduit, et qu'il aurait tout aussi bien obéi au double courant d'eau lancé par une pompe ou simplement par un irrigateur. (*The Lancet*, 25 décembre 1874.)

### TROISIÈME OBSERVATION.

Mon excellent confrère, M. C., m'adressa, il y a quinze jours, un enfant qui s'était introduit un noyau de cerise dans l'oreille gauche et pour l'extraction duquel des tentatives immédiates avaient été faites sans succès. Le corps étant enfoncé et le conduit gonflé par suite des manœuvres d'extraction, je prescrivis de donner des bains d'oreille huileux pendant deux jours et de me ramener l'enfant, assurant le père qu'il n'y avait rien à redouter du séjour du noyau dans le conduit auditif.

A la deuxième visite, le méat auditif étant moins gonflé, je fis des injections d'eau tiède avec la pompe, après lesquelles je constatai que le corps étranger avait changé de place et qu'il

s'était un peu rapproché. Continuation des bains d'huile tiède pendant deux jours ; nouvelles injections plus fortes qui n'eurent d'autre résultat que de faire avancer le noyau qu'on aperçut alors distinctement ; ce qui rassura le père. Enfin, après une ou deux séances, le noyau n'étant plus qu'à 1 centimètre du méat, j'aurais peut-être pu le saisir avec mes pinces ou celles de M. Duplay, mais, dans la crainte de l'enfoncer encore, je préférai attendre et continuer les injections forcées. Bien m'en prit, car, le lendemain, le père vint tout joyeux avec l'enfant me présenter le noyau qui était sorti pendant que l'enfant dormait la tête appuyée sur cette oreille.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Pour celle-ci, je me bornerai à reproduire la lettre que M. Retali, médecin à Sannois, m'a écrite en réponse aux renseignements que je lui demandais sur un jeune homme de vingt ans, qui s'était introduit un noyau de cerise dans l'oreille, pour l'extraction duquel des tentatives douloureuses avaient été également faites.

Sannois, le 28 juillet 1875.

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous informer que le jeune Prévot a gardé son noyau de cerise dans l'oreille droite jusqu'au 22 ; et c'est en se réveillant qu'il l'a trouvé sur son oreiller. Il n'a employé d'autre traitement que les injections émollientes et huileuses que vous lui aviez conseillées. Je n'ai eu à constater aucune douleur ni aucun accident pendant le traitement.

Votre dévoué confrère, etc. RETALI.

Ces quatre observations confirment entièrement les réflexions qui les ont précédées, surtout pour les noyaux de cerises qui, à la saison, sont le plus fréquemment introduits dans les oreilles. Au moment de leur introduction, les noyaux sont encore recouverts d'une couche parenchymateuse qui, tout en augmentant leur volume, les retient collés aux parois du conduit. Mais aussitôt que cette couche charnue est décomposée par l'action de l'huile et expulsée par les injections, il est facile de comprendre que le noyau, débarrassé de cette enveloppe, doit glisser plus facilement et obéir au double courant des injections forcées, et ensuite à son propre poids.

# CONSIDÉRATION GÉNÉRALES SUR LES LARYNGOPATHIES PENDANT LES PREMIÈRES PHASES DE LA SYPHILIS.

Par le docteur **Krishaber**, et le docteur **Mauriac**, médecin de l'hôpital du Midi.

## DEUXIÈME PARTIE.

### SECTION I. — *Anatomie pathologique.*

I.

Les manifestations syphilitiques du larynx ont été étudiées, décrites et même figurées parfois par les anciens, et leur histoire a été établie longtemps avant l'apparition du laryngoscope. Les observations de ces auteurs sont basées d'une part sur des autopsies relativement nombreuses d'individus ayant succombé, les uns à la suite de grosses lésions dans les voies aériennes, et les autres à la suite d'affections indépendantes de la syphilis. Le plus grand nombre de ces faits se rapportent aux laryngopathies ultimes de la syphilis, avec ravages considérables, ulcérations, nécroses et œdèmes, ayant produit des accidents asphyxiques. Il est très-peu question chez les anciens auteurs de manifestations laryngées secondaires, dont les traces n'auraient peut-être pas été retrouvées sur le cadavre, si même l'attention des observateurs eût été tournée de ce côté.

Morgagni (1), Astruc (2), Cheyne (3), Jos. Frank (4), étudient cette question en s'appuyant sur des examens nécropsiques, César Hawkins (5) et Porter (6) les décrivent plus minutieusement et essayent de leur assigner certaines divisions. Ces deux derniers auteurs émettent aussi l'opinion que le larynx est envahi par propagation, le pharynx étant

(1) Ep. XV, cap. 13.

(2) *De morbis venereis*, libr VI. Paris 1736.

(3) *The pathology of the membrane of the larynx.*

(4) *Hufeland's Journal*, t. VI.

(5) *The London physcal Journal* 1823.

(6) *Observations on the surgical pathology of the larynx and trachea. Edinb.* 1826.

toujours le premier atteint. Il est difficile de comprendre pourquoi ces auteurs, après cette affirmation, attribuent ensuite au traitement mercuriel les accidents respiratoires de la syphilis. Ne faudrait-il pas voir dans cette étrange opinion comme le reflet de croyances populaires qui existent dans tous les pays et dont l'Angleterre n'est pas exempte ? Nous voyons Desruelles s'associer à cette interprétation, mais il ajoute qu'à côté du mercure les refroidissements et les efforts vocaux jouent un certain rôle dans les accidents laryngés syphilitiques. Trousseau et Belloc (1) et Baumès (2) citent quelques exemples d'affections syphilitiques du larynx, mais on peut se demander si le dernier de ces auteurs ne les a pas confondues avec des manifestations d'une autre diathèse, tant il insiste sur la coïncidence des manifestations laryngées avec celles des poumons. A la même époque, Carmichael (3) appuie beaucoup sur la gravité toute particulière de la syphilis laryngée qu'il faut combattre, dit-il, par la trachéotomie, si l'on veut mettre la vie des malades à l'abri de grands dangers. Il admet que les manifestations syphilitiques du larynx peuvent survenir indépendamment de celles du pharynx, et décrit très-bien les symptômes auxquels on peut juger de leur degré de gravité. Dans une étude spéciale, Souhanek (4), de Prague, publie 21 observations de laryngopathies syphilitiques chez des femmes, coïncidant toujours avec des ulcérations pharyngées, celles-ci étant consécutives à celles-là. Dans treize cas, Souhanek a constaté, au moyen de la palpation digitale, la destruction plus ou moins complète de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques.

Nous mentionnerons encore les observations de Lebert, de Larrey, de Lawrence, de Ricord, de Sestier, celles appuyées sur les examens *post-mortem* de Cruveilhier, de Rokitansky et de Virchow. Ce dernier auteur insiste particuliè-

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée chronique et des maladies de la voix.* Paris 1837.

(2) *Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes.* Paris et Lyon 1840.

(3) *Clinical lectures on venereal deseases.*

(4) *In Prager Vierteljahrsschr.* 1849, t. IV.

rement sur la tendance des ulcérations syphilitiques du larynx à produire des cicatrices végétantes, et il entre à ce sujet dans des détails histologiques très-circonstanciés (1).

Notre intention n'étant nullement de faire ici une étude historique complète, nous n'avons fait que mentionner ces travaux, pour montrer que jusque dans les derniers temps les auteurs avaient à peine fait mention des accidents précoces de la syphilis dans les voies respiratoires.

C'est Czermak, l'inventeur du laryngoscope, qui, le premier a fait l'examen sur le vivant d'individus atteints de laryngopathies syphilitiques, et il fait déjà mention de plaques muqueuses. Les recherches de Türck, de Stoerck, de Voltolini, de Mackenzie, de Mandl, de Moura, les nôtres propres, et d'ailleurs les publications si nombreuses de tous les auteurs qui, dans les derniers temps, ont écrit sur le larynx, notamment Ruehle, Tobold, Kohn, ont de plus en plus étendu le nombre des observations. Nous avons dit au début de cette étude que la question qui nous occupe a été particulièrement étudiée par MM. Gerhardt et Roth, par M. Dance et M. Ferras.

## II.

Avec l'apparition du laryngoscope, toute la question a changé de face : le cadre des accidents ultimes de la syphilis fut notablement élargi par l'étude sur le vivant de faits qu'on n'avait jusque-là observés qu'à l'autopsie ; et quant aux premières manifestations laryngées de la syphilis, leur histoire a en quelque sorte commencé avec le laryngoscope, qui est venu fournir des données entièrement nouvelles, certaines et précises. Les interprétations sur quelques côtés de la question n'ont pas, il est vrai, toujours été les mêmes dans ces derniers temps, mais il n'en peut guère être autrement d'une étude qui est à ses débuts, et nous ne doutons pas que l'accord ne s'établisse parmi les observateurs à mesure que le nombre des observations augmentera. C'est dans ce but que nous apportons les nôtres. Les laryngopathies précoces de la syphilis ne sont pas fréquentes, et il nous a fallu cher-

(1) *In Arch. f. pathol. Anat. e. Physiol*, t. XV.

cher parmi un grand nombre d'individus les quelques observations que nous avons pu recueillir. Pendant plusieurs mois nous avons recherché les cas de *raucedo syphilitica* parmi tous les malades de l'hôpital du Midi et de tous ceux, bien autrement nombreux, qui se présentèrent à la consultation de l'hôpital. Si nous n'avons réussi qu'à recueillir un nombre aussi restreint d'observations, c'est que certainement les accidents laryngés dans les premiers stades de la syphilis sont rares.

III.

De toutes les manifestations secondaires, la plus fréquente dans le larynx est la rougeur. Depuis la simple congestion superficielle, caractérisée par une coloration rosée, jusqu'à l'inflammation intense couleur lie-de-vin, l'injection des tissus s'observe à tous les degrés.

En prenant les faits tels que nous les avons observés nous-mêmes, il faut dire que très-souvent la rougeur de la muqueuse laryngée se rencontre sur le même individu à divers degrés en même temps : à côté des signes physiques d'une inflammation profonde dans telle partie du larynx, on observe sur d'autres une légère injection ; parfois ce sont des marbrures rouges et roses que l'on constate, entremêlés de points livides. M. Dance (1) a vu de la rougeur piquetée. Ce qui pour la coloration nous a paru le plus caractéristique, c'est sa constance et sa durée.

Nous avons dit que M. Dance a adopté des subdivisions qu'il serait difficile d'accepter ; il décrit diverses formes d'éruption syphilitique du larynx, et les rattache, avec une rigueur qu'elles sont loin de présenter, aux manifestations identiques de la peau, établissant ainsi entre ces deux ordres d'accidents une connexité et une coïncidence rigoureuse qui sont évidemment artificielles. Cet auteur, qui admet des poussées successives de roséole laryngée affectant un aspect caractéristique, s'est évidemment laissé

(1) *Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis.* Thèse de Paris, 1864.

influencer par une vue de l'esprit qui a nui à l'interprétation judicieuse des faits. Nous nous associons, sous ce rapport, pleinement aux réserves exprimées par M. Ferras (1), appuyé de l'autorité de MM. Alf. Fournier, Duplay et Isambert. Mais M. Ferras, de son côté, s'est laissé entraîner trop loin en niant l'existence de certaines manifestations laryngées, notamment les plaques muqueuses, dont nous aurons à nous occuper dans un instant.

Nous avons dit que le catarrhe laryngé de la syphilis peut devenir très-intense, mais le plus souvent la rougeur saturée est limitée sur des points circonscrits. Peu d'auteurs signalent l'existence des traînées d'arborisation; mais nous les avons parfaitement constatées sur quelques-uns de nos malades. Lorsqu'elles existaient sur les cordes vocales, les vaisseaux distendus étaient parallèles à ces organes. On peut dire qu'en général, l'hypérémie catarrhale de la syphilis a une tendance à se localiser, et à se trouver des points de prédilection. Sur les onze fois que nous l'avons constatée, les cordes vocales inférieures étaient atteintes six fois, les cordes vocales supérieures, une fois, l'épiglotte et les cordes vocales inférieures en même temps, deux fois.

## IV.

MM. Gerhardt et Roth (2) admettent que les parties du larynx qui, pendant les fonctions, arrivent le plus souvent au contact, sont celles que les lésions syphilitiques atteignent le plus fréquemment. Juste pour les cordes vocales inférieures, nous n'avons pas trouvé la règle confirmée pour les autres parties du larynx, notamment les aryténoïdes, qui cependant viennent au contact l'un de l'autre aux mêmes moments que les cordes vocales.

M. Ferras a trouvé que la rougeur se localise plus particulièrement au niveau de la face postérieure de l'épiglotte, de la face antéro-supérieure des éminences aryténoïdes et des

(1) *De la laryngite syphilitique*, thèse de Paris, 1872.

(2) *Ueber syphiilit. Krankheit. des Kehlkopfes, in Archiv. fur pathol. Anat. u Physiol.*, t. XXI, Berlin, 1861.

cordes vocales supérieures. L'absence d'arborisation paraît à cet auteur un signe distinctif d'avec la laryngite tuberculeuse; il a été déjà dit plus haut que nous avons, quant à nous, constaté cette arborisation dans la syphilis. Même dans les cas où la rougeur est limitée, la coloration totale de la muqueuse du larynx a cessé d'être complétement normale.

C'est à dessein que nous n'avons pas adopté ici la division usitée en hypérémie et inflammation. En prenant les faits dans leur ensemble, il est impossible de méconnaître que ces deux formes se confondent constamment: tel individu qui présente une légère congestion le premier jour, sera atteint le lendemain de tous les signes physiques d'une inflammation beaucoup plus intense, qui à son tour peut s'amender, et réapparaître plus tard. Ces oscillations fréquentes et rapprochées ne permettent guère d'établir des divisions suivant l'intensité de la coloration. En général, le catarrhe laryngé des syphilitiques est très-durable, mais peu uniforme, et la rougeur, qui est constante, ne se laisse point influencer par le traitement local, et même très-peu par le traitement général. Elle finit cependant par disparaître en obéissant à une loi d'évolution naturelle qui relève de la diathèse, cédant sans doute aussi au traitement général, mais sans qu'il soit facile de saisir jusqu'à quel point et à quel moment on pourrait admettre une relation entre la disparition du catarrhe et le traitement qui s'y attaque.

Une sécrétion plus ou moins abondante recouvre par une couche en général mince la muqueuse, et lui donne un aspect visqueux, et par instants trouble et louche. Les cordes vocales inférieures notamment sont ternes et ont perdu leur aspect nacré. Türck fait observer que dans quelques cas on constate sur diverses parties du larynx une teinte qui rappelle celle de la muqueuse recouverte d'une légère couche d'un soluté de nitrate d'argent. C'est cet aspect opalin qui aurait, suivant M. Ferras, induit en erreur M. Dance en lui faisant croire à l'existence de plaques muqueuses. Nous verrons dans un instant que ce dernier auteur étend sa critique aux autres observateurs.

Nous n'avons pas vu d'ecchymoses et ne les avons pas trouvés signalés dans les auteurs ; il est toutefois plausible d'admettre leur existence, puisque d'une part les crachats sanguinolents ont été signalés, et que, d'autre part, il existe des distentions vasculaires qu'on peut facilement admettre se rompant sous l'épithélium, comme cela existe dans certains cas de laryngite simple non diathésique.

V.

L'œdème n'a guère été signalé parmi les lésions précoces ; il appartient aux ulcérations du larynx, et on n'ignore pas qu'il constitue une complication de la plus haute gravité. Les anciens observateurs ne l'ont guère constaté *post mortem*, et Trousseau et Belloc font remarquer judicieusement que ce phénomène doit disparaître après la mort. Ces auteurs paraissent avoir observé toutefois le seul cas d'œdème sans ulcération qui ait été publié.

Des gouttelettes de pus ou de mucosités purulentes s'attachent fréquemment aux cordes vocales et contribuent puissamment à entraver la sonorité de la voix. Il est à remarquer que l'exspuition est peu abondante dans le catarrhe syphilitique du larynx.

La trachée, qui n'a pas été trouvée souvent impliquée dans l'inflammation catarrhale, est assez fréquemment le siége de mucosités visqueuses et adhérentes.

La pharyngite est, à son tour, une des complications les plus fréquentes. Il est indubitable que, même dans la majorité des cas, c'est par le pharynx que débutent les accidents, et que les voies respiratoires sont prises consécutivement. Il y a certainement des cas où le processus pathologique débute d'emblée par le larynx, mais c'est l'inverse qui a lieu le plus fréquemment, et l'organe vocal subit l'envahissement inflammatoire par propagation venant des cavités supérieures. Les amygdales, le voile du palais, la muqueuse palatine et buccale sont rarement indemnes d'accidents secondaires, lorsqu'il en existe dans les voies respiratoires. Les faits observés jusqu'à ce

jour ne sont pas assez nombreux pour permettre de distinguer le mode d'évolution du mal, suivant qu'il a envahi le larynx d'emblée, ou par extension venant du pharynx.

La rougeur du catarrhe laryngé syphilitique est accompagnée de gonflement de la muqueuse, qui semble avoir lieu de préférence dans les parties de l'organe doublées d'un tissu cellulaire plus abondant et plus lâche, comme les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs, les aryténoïdes, les bords de l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques. Il est vrai que dans les faits que nous avons observés nous-mêmes, ce sont les cordes vocales inférieures qui étaient le plus souvent le siége de cet épaississement; mais le nombre restreint de nos observations ne saurait infirmer ce qui résulte de la totalité des faits en général, et nous avons soin de tenir compte dans toute cette description de l'ensemble des observations publiées de divers côtés.

Lorsque les cordes vocales sont tuméfiées, elles cessent d'avoir leur aspect lisse ; leur surface est inégale et elle est parfois comme veloutée. A mesure que le gonflement augmente, leur fonction est visiblement entravée : pendant l'émission du son on voit deux gros bourrelets rubanés s'approcher lourdement l'un de l'autre, et au lieu de se toucher par des points précis selon la qualité des sons que le malade essayera, du reste, en vain de produire, les cordes vocales semblent chevaucher l'une sur l'autre, pour peu que l'une des cordes soit plus gonflée que l'autre, ce qui arrive presque toujours. De même elles s'écartent mal pendant les inspirations, sans que toutefois il arrive que le gonflement inflammatoire des cordes vocales seules produise de véritables difficultés respiratoires. C'est que l'ouverture de la glotte est largement calculée pour les besoins de la respiration, et sa lumière peut être impunément rétrécie dans une forte proportion, au moins sur l'adulte. Lorsque les replis thyro aryténoïdiens supérieurs sont tuméfiés, ils tendent à cacher les cordes vocales et l'ouverture du ventricule. Cette tuméfaction est le plus souvent unilatérale. Le bourrelet de l'épiglotte prend facilement un volume qui empêche l'inspection de la partie antérieure des cordes vocales, et l'épiglotte peut se tuméfier

au point de paraître multilobée. Ces gonflements inflammatoires paraissent se former plus lentement que cela n'a lieu dans la laryngite simple non diathésique, et disparaît de même.

## VI.

Lorsque le catarrhe syphilitique date de quelque temps, et nous savons qu'il est durable, les points particulièrement envahis par l'inflammation ont une tendance presque fatale à s'hypertrophier. Entre ce gonflement de la muqueuse suite d'inflammation, et leur hypertrophie, la limite exacte n'est pas facile à tracer, et il y a certainement des états intermédiaires qui relèvent en même temps du gonflement inflammatoire subaigu et de l'augmentation de volume par hyperplasie des éléments. Le gonflement des tissus du larynx survient très-fréquemment, nous le savons maintenant, mais on ne devrait y voir de l'hypertrophie que lorsque l'épaississement prend des proportions qui ne sont pas en relation avec le degré d'inflammation, et lorsque surtout cet épaississement devient persistant. Nous ne pouvons chercher à donner ici qu'une définition telle qu'elle ressort de l'inspection laryngoscopique, car les éléments d'appréciation les plus précis font défaut dans les observations sur le vivant. Nous ne présumerons rien par conséquent sur la nature histologique des productions que l'on observe, mais il nous sera permis, cependant, de faire une division purement clinique entre le gonflement inflammatoire, même lorsqu'il est durable, et l'hypertrophie proprement dite. Tant que l'épaississement inflammatoire du larynx est accompagné des autres caractères de la laryngite, notamment la rougeur et la production de muco-pus, le gonflement des tissus, si persistant qu'il soit, peut disparaître, et disparaît en effet, quoique tardivement parfois. Les tissus hypertrophiés, au contraire, ne regressent plus : le plus souvent, ils tendent à accroître progressivement et c'est ainsi que se produit la végétation syphilitique dans le

larynx. Celles de ces productions végétantes qui sont liées aux ulcérations ne doivent pas nous occuper ici ; leur formation a lieu, comme dans les ulcérations tuberculeuses, autour des pertes de substances, par la condensation et la prolifération des éléments qui constituent leurs bords. Mais bon nombre d'auteurs (Trousseau et Belloc, Verneuil, Czermak, Türck) ont signalé aussi l'existence de polypes se rattachant à la laryngite syphilitique non ulcéreuse. Virchow, MM. Cornil et Ranvier acceptent et expliquent le mode de formation de ces polypes.

On a vu dans nos observations que l'épaississement des tissus a été constaté fréquemment ; nous n'avons pas vu de polype proprement dit, mais l'hypertrophie circonscrite, persistante, déjà dépourvue des caractères d'une inflammation franche, ne nous a pas fait défaut. Tantôt elle existait sur la muqueuse qui, en ce point, ne présentait pas d'autres lésions, tantôt elle se formait autour d'une érosion en forme de plaques muqueuses, dont les bords épais devenaient le point de départ d'un travail hyperplasique.

Si portés que nous soyions à admettre que dans ces conditions il peut se former de véritables polypes du larynx, dont l'origine syphilitique est incontestable, nous sommes cependant obligés de faire quelques réserves. Chez des individus atteints de polypes laryngés et qui avouent avoir eu la syphilis, il peut facilement se faire qu'il n'y ait que simple coïncidence. Nous avons souvenir d'un malade sur lequel nous avions constaté des végétations laryngées, qui pendant longtemps avaient été considérées et traitées comme se rattachant à la syphilis, dont cet individu était réellement atteint ; et cependant, renseignements pris d'une manière attentive, nous apprîmes que les accidents laryngés avaient de longtemps précédé la syphilis. Il eût pu paraître inutile peut-être de dire que des individus ayant des végétations laryngées peuvent contracter des maladies vénériennes, celles-là précédant celles-ci, mais comme l'erreur a été commise par de bons observateurs, nous pouvons la signaler en passant.

## VII.

Ce que nous disons-là de la syphilis s'applique dans une mesure bien plus large à l'épaississement glandulaire du larynx, affection commune entre toutes et qui doit, chez un bon nombre de syphilitiques, préexister aux manifestations spécifiques du larynx. Nous n'avons constaté chez nos syphilitiques qu'une seule fois la forme granuleuse de la laryngite, et nous serions assez portés à admettre que le gonflement des glandules, dans ce cas, ne se rattachait pas à la diathèse vénérienne. Ne serait-ce pas pour n'avoir pas tenu un compte suffisant des antécédents des malades que chez d'autres auteurs les granulations laryngées ont été beaucoup plus fréquemment constatées que par nous dans la syphilis? Tout le monde sait que ce sont les aryténoïdes et l'épiglotte qui sont le plus souvent le siége de la laryngite glanduleuse, et c'est en effet dans ces mêmes parties que les auteurs les ont constatés dans la syphilis. Sans trancher la question de la spécificité, nous croyons utile de poser cette réserve.

## VIII.

De toutes les manifestations syphilitiques du larynx, la plus intéressante et la plus rare est la plaque muqueuse; nous avons dit déjà que son existence même a été mise en doute.

Nous ferons bon marché de l'affirmation des auteurs qui diagnostiquaient l'existence des plaques muqueuses par simple induction, parce que les malades étaient aphones et avaient des plaques muqueuses dans le pharynx; mais lorsque des auteurs qui pratiquent l'inspection directe constatent *de visu* sur la muqueuse laryngée l'existence de lésions en tous points identiques aux plaques muqueuses des tonsilles et de la bouche, avec lesquelles elles coïncident; en outre, les nier, c'est dépasser les limites d'une critique autorisée. M. Ferras, dont la thèse mérite d'ailleurs les plus grands éloges tant elle est consciencieusement établie, n'accepte

pas l'affirmation de Czermak, il met en doute l'exactitude d'interprétation de Türck, de M. Cusco et de M. Dance, de Gerhardt et Roth, il va jusqu'à douter de ses propres observations, car ayant examiné dans les hôpitaux spéciaux près de cent syphilitiques, il a trouvé un cas où, à la face interne des éminences aryténoïdes, il a « bien cru voir une plaque muqueuse. » M. Ferras, prévoyant l'objection d'une expérience insuffisante, s'abrite derrière l'autorité de MM. Isambert, A. Fournier et Duplay, auxquels il ne manque, dit-il judicieusement, ni l'habileté, ni l'occasion d'observer, et cependant, ajoute M. Ferras, « nous pouvons affirmer qu'ils ont très-rarement noté l'existence de plaques muqueuses bien définies. »

A tout prendre, l'impression qui nous reste du travail de M. Ferras, c'est qu'il est parti du principe, très-justifié d'ailleurs, qu'on avait fait une classification artificielle des manifestations syphilitiques du larynx, dont il s'agissait de démontrer la fausseté. Dans l'ardeur de la lutte pour une bonne cause, M. Ferras a rencontré quelques faits qui contrariaient sa négation, et il n'a pas voulu s'y arrêter. Il ne veut admettre pour toute division que deux états : la laryngite sans ulcération et la laryngite avec ulcération. Ce n'est pas là une division en vérité, et ne pourrait-on tout aussi bien mettre d'autres lésions à la place des ulcérations et établir alors des différences à l'infini, diviser les laryngites en celles avec œdème et sans œdème, avec nécrose et sans nécrose, avec ou sans polype, et ainsi de suite pour chaque lésion en particulier.

La question est évidemment mal posée de cette façon. Existe-t-il dans le larynx des lésions secondaires caractéristiques ? Voilà ce qu'il s'agit de savoir. Toutes les lésions que nous avons signalées jusqu'ici, sauf une, l'inflammation catarrhale superficielle ou intense, le gonflement aigu ou l'hypertrophie, les érosions épithéliales, peuvent aussi bien appartenir aux premiers stades de la syphilis qu'à sa dernière période ; mais le caractère qui ne peut être qu'une manifestation secondaire, c'est la plaque muqueuse. Celle-ci existe, nous l'affirmons absolument. Elle est rare, et en cela nous

partageons l'opinion des autorités invoquées par M. Ferras, mais il suffit de la chercher sur un grand champ d'observation pour la rencontrer. Qu'on choisisse des individus plus ou moins enroués et portant des plaques muqueuses dans le pharynx, sur les joues et les lèvres, qu'on les examine avec un bon éclairage pendant plusieurs semaines chacun, tous les trois ou quatre jours, et on trouvera dans le nombre de ces malades, à certains moments, des plaques muqueuses évoluant sur la muqueuse laryngée. Elles se présentent le plus souvent sous forme de petites exfoliations ovalaires de la muqueuse, de trois à cinq millimètres, à bords unis ou dentelés, et parfois épais ou même végétants, ou bien formant une zone opaline autour d'une érosion. Nous ne les avons rencontrés que sur les cordes vocales, jamais dans l'entrée du larynx, ce qui permettrait de supposer peut-être que si les plaques muqueuses du larynx coïncident le plus souvent avec celles du pharynx, leur évolution n'en est pas moins indépendante.

Eu égard aux diverses lésions de voisinage il faut citer surtout l'angine pharyngée, avec ou sans gonflement du cou et des glandes correspondantes. Parmi les manifestations éloignées coïncidant avec celles du larynx, nous avons rencontré des adénopathies multiples, des papules, des macules, des pustules d'ecthyma et des plaques de psoriasis sur le front et les membres, diverses formes de névralgie, de l'alopécie, et une fois un amaigrissement notable survenu rapidement. *(A suivre.)*

---

## REVUE CRITIQUE.

---

### Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques,

T. XX, article **Larynx** (anatomie, physiologie, laryngoscopie, pathologie médicale et chirurgicale), par MM. Eug. et J. Bœckel.
Analyse et critique par le Dr Isambert.

MM. Boeckel ont donné récemment, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (connu sous le nom

de *Dictionnaire Jaccoud*), un article fort étendu sur le larynx, qui forme un résumé de nos connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques sur cet organe, et doit être à ce titre dans nos *Annales* l'objet d'une étude attentive et d'une critique assez complète, puisqu'il s'agit de la science laryngienne toute entière. Cet article comprend en tout 104 pages, dont 7 pages 1/4 de bibliographie, 9 pages pour l'anatomie, 2 pages 1/2 pour la physiologie, 17 pour la laryngoscopie, (historique, instrumentation, théorie optique, images laryngoscopiques), 37 pour la pathologie médicale, et et 31 pages 1/2 pour la pathologie chirurgicale. Ces chiffres nous montrent d'abord que l'espace consacré à un aussi vaste sujet est assez restreint, puisque les mêmes matières n'occupent pas moins de 300 pages dans le *Dictionnaire encyclopédique* (connu sous le nom de *Dictionnaire Dechambre*, 2e série, t. I), dont le texte est cependant plus serré. Toutefois nous nous garderons d'en faire un reproche aux auteurs, qui n'ont probablement pas joui d'une liberté entière quant au développement de leur œuvre. On peut, d'ailleurs, par des plans bien rigoureux et par la concision du style, qualités que nous apprécions fort pour notre part, trouver le moyen d'être encore complet avec un article trois fois moins étendu, et cette circonstance, que l'article tout entier du *Nouveau Dictionnaire* est dû à la plume des mêmes auteurs, leur rendait à cet égard la tâche plus facile qu'aux collaborateurs un peu nombreux du *Dictionnaire encyclopédique.* (MM. Béclard, Krishaber, Peter, Rollet et Guyon). La distribution des pages selon les matières nous montre aussi à première vue comment les auteurs du nouvel article ont compris leur tâche, et quelle importance ils ont donné à chaque partie : l'anatomie et la physiologie réunies ont un peu moins de longueur que les pages consacrées à la technique laryngoscopique, et la pathologie médicale est à peine plus développée que la pathologie chirurgicale. Nous ne nous étonnons pas trop de ce dernier résultat en songeant que les auteurs sont, sauf erreur de notre part, tous deux chirurgiens, et surtout que par un usage assez général, la spécialité laryngoscopique est plutôt entre les mains

des chirurgiens que des médecins. Les revues bibliographiques ont assez l'habitude de ranger tout ce qui nous concerne dans la partie affectée à la pathologie chirurgicale ou à la médecine opératoire. C'est là, selon nous, une erreur ; car si les examens et opérations laryngoscopiques réclament, il est vrai, une certaine habileté manuelle (laquelle ne dépasse pas d'ailleurs cette moyenne de dextérité que tout médecin doit posséder), le nombre des malades atteints d'affections du larynx que l'on est à même, par exemple, de traiter dans un dispensaire spécial, donne une énorme majorité aux maladies médicales. Les polypes, si chers aux spécialistes, représentent moins de 5 0/0 du nombre total des affections qu'on y traite ; les autres affections chirurgicales du larynx (plaies, fistules, fractures, corps étrangers, etc.), ne représentent certainement pas cinq autres centièmes du même nombre, de sorte que 90 pour cent tout au moins des affections laryngées appartiennent à la pathologie médicale ; encore ne comprend-on pas dans ce nombre bon nombre d'affections aiguës que traite la médecine ordinaire, la diphthérie, que tous les auteurs d'articles spéciaux renvoient autre part, et le nombre considérable de malades qui, atteints d'affections chroniques légères du domaine de la médecine, ne se soignent pas, tandis que la plupart des malades atteints d'affections chirurgicales sont obligés de recourir promptement au chirurgien. Faire une part presque égale à ces deux branches de pathologie laryngée est donc un peu pêcher contre la justice distributive. Les auteurs du *Dictionnaire encyclopédique*, en donnant 176 pages à la médecine et 116 à la chirurgie, avaient gardé une proportion plus juste, quoiqu'insuffisante encore selon nous.

Cette observation générale étant faite, voyons comment nos auteurs ont traité chaque partie de leur travail. Disons tout d'abord que les observations que nous allons présenter tiennent aux idées particulières que nous nous faisons de la pathologie laryngée, que les critiques que nous allons adresser à MM. Bœckel, s'appliquent tout autant à la plupart des auteurs qui ont écrit sur le larynx. La revue que nous allons passer sera, pour nous surtout, une occasion d'indiquer les

nombreux *desiderata* que présente encore, selon nous, la pathologie laryngée, plutôt qu'une critique visant des auteurs estimables qui ne pouvaient guère connaître les idées particulières dont nous parlons, lesquelles, pour avoir été professées pendant plusieurs années dans nos cliniques, n'avaient pas jusqu'à ces derniers temps reçu une publicité suffisante.

Nous passerons rapidement sur ce qui concerne l'anatomie et la physiologie, et nous ne blâmerons pas les auteurs de n'en avoir donné qu'un résumé assez succinct, qui nous a paru exact et suffisamment clair. Ce n'est pas dans un dictionnaire, c'est dans les traités spéciaux, et surtout à l'amphithéâtre que l'on doit étudier l'anatomie du larynx. Nous avons vu avec plaisir les auteurs se baser sur le travail récent de M. Coyne sur la muqueuse laryngée, et reproduire la planche même que cet observateur distingué avait dessinée. Un résumé suffisant est ensuite donné du développement embryologique du larynx et des différences qu'il présente après la naissance, selon l'âge et le sexe.

La physiologie est également résumée d'une manière sommaire au point de vue surtout de l'innervation et du jeu des muscles du larynx, les auteurs renvoyant à d'autres articles la théorie de la voix. Nous les approuvons, pour notre part, d'avoir ainsi limité leur cadre.

Abordant ensuite l'étude de la *laryngoscopie*, MM. Bœckel tracent l'historique de la découverte, conformément d'ailleurs aux savantes recherches du docteur Krishaber (dans le *Dictionnaire encyclopédique*), et décrivent successivement les miroirs laryngiens et les sources d'éclairage. Ils ne nous paraissent pas faire ressortir suffisamment l'importance de l'éclairage solaire, dont les résultats sont incomparables, et dont l'usage a été rendu facile, sauf l'état du ciel, par le petit héliostat du docteur Cusco, non plus qu'à la lumière de Drummond, qui est à peu près indispensable pour la démonstration, dès qu'on réunit un certain nombre d'élèves. Les appareils laryngoscopiques proprement dits sont mentionnés, mais nous ne partageons pas leur prédilection pour le pharyngoscope de M. Moura, dont la lentille est un peu faible et les mouvements un peu durs. Nous avons depuis

longtemps insisté dans nos cliniques sur l'utilité qu'il y avait à posséder un moyen facile de faire varier la direction de la lumière, de manière à la diriger tantôt horizontalement, tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut, et cela sans effort, en suivant tous les mouvements du malade. Ce desideratum a été très-bien rempli par deux laryngoscopes que nous a construits M. Galante, où la lentille est placée dans l'un au bout d'un double levier mis en mouvement par un pas de vis très-doux, dans l'autre sur un double collier qui s'abaisse ou se relève sans effort, et forme un instrument de poche très-commode. Enfin M. Molténi l'a réalisé aussi pour la grande lanterne à lumière de Drummond de l'hôpital Lariboisière, où deux vis très-douces peuvent braquer l'objectif à des hauteurs très variables, sans avoir à déranger le siége du malade.

Le maniement des instruments est décrit conformément aux notions générales, et nous nous abstiendrons de formuler quelques critiques de détails que ce paragraphe pourrait nous inspirer. Disons seulement que le moyen de voir la glotte, en cas de procidence de l'épiglotte, ne nous paraît pas suffisamment discuté, et que les instruments spéciaux, tels que les pincettes épiglottiques devraient être résolument écartés. C'est l'éducation du malade, l'*accoutumance* de la gorge et du larynx au contact des instruments, la docilité que montre le malade à effectuer les mouvements d'aspiration et de phonation, et enfin les différences que le médecin peut donner à l'inclinaison du miroir, qui arrivent à triompher de cette difficulté, mieux que les anesthésiques locaux et les pinces ou sondes laryngiennes.

La *théorie optique* est exposée d'une façon assez peu satisfaisante, reproche qui s'adresse d'ailleurs à la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet au moins autant qu'à MM. Bœckel. Cette question si simple semble avoir été embrouillée comme à plaisir par ceux qui l'ont traitée, et les figures schématiques qui ont servi à la démontrer, sont pour la plupart défectueuses ou erronées. La figure 32 de nos auteurs (deux images de la glotte vues de face, considérées par un œil représenté de profil) est absolument incompréhensible, si le raisonnement du lecteur ne la corrige en fai-

sant opérer à chacune de ces deux images une sorte de torsion sur elle-même dans un plan perpendiculaire à celui du livre, pour les ramener dans le plan où doit les rencontrer le tracé des rayons lumineux et de l'œil de l'observateur figuré sur cette même planche. La planche 33, et le texte qui l'accompagnent, perpétuent une erreur que nous avons déjà relevée autre part (*Progrès médical*, 1875, n° 4, p. 39). « Si la glace, disent les auteurs, est inclinée de 45°, l'image paraît renversée dans la direction antéro-postérieure ; la partie la plus rapprochée de l'œil, la commissure antérieure des cordes vocales devient la plus éloignée dans l'image, et en même temps la plus élevée, et la commissure interaryténoïdienne, la plus éloignée de l'observateur, devient la plus rapprochée dans l'image. » Comment tous les auteurs, qui se sont exprimés jusqu'à présent d'une façon analogue, ne se sont-ils pas encore aperçus que ce prétendu renversement de l'image est le fait du dessinateur ? Dans la nature, une des images, l'image réelle, ou pour mieux parler, l'organe lui-même, est dans un plan horizontal, tel que le dessinateur le figure; mais l'image réfléchie, celle que l'on voit dans le miroir, n'apparaît pas dans un plan horizontal : *elle apparaît dans un plan vertical;* il n'y a donc eu que relèvement à 90° de l'image horizontale, et c'est le dessinateur qui ajoute 90° de plus dans le sens opposé en faisant la projection de cette image sur le même plan horizontal que la première. Ainsi il n'est pas exact de dire que : « la commissure antérieure, qui est la partie la plus rapprochée de notre œil devient la plus éloignée dans l'image, et en même temps la plus élevée, » tandis que « la commissure aryténoïdienne la plus éloignée de l'observateur devient la plus rapprochée dans l'image. » C'est là une erreur manifeste pour quiconque regarde, non pas le tracé graphique, mais la nature. La commissure antérieure est certainement la plus élevée dans l'image réfléchie, mais elle n'est pas plus éloignée que la commissure aryténoïdienne, puisqu'elles apparaissent toutes deux dans un même plan vertical. Il est même certain que cette dernière paraît un peu plus éloignée, puisqu'elle est à la partie inférieure de l'image, et à une profondeur plus grande.

Puisque nous sommes amenés par cette revue critique à traiter cette question, nous en profiterons, une fois pour toutes, pour expliquer à notre manière comment les choses se passent, en reproduisant ici les tracés que nous avons donnés dans nos leçons (le *Progrès médical*, cité, et *Conférences cliniques sur les maladies du larynx*, sous presse). Une petite expérience va rendre bien manifeste ce que nous venons de dire sur le redressement de l'image. Dans la figure double que nous donnons ici, l'image de droite représente le

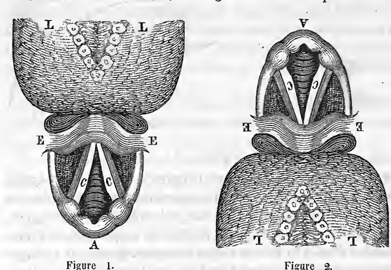


Figure 1. Figure 2.

larynx dans sa position naturelle telle que le patient le verrait, s'il faisait sur le papier la projection de son propre larynx, et l'image de gauche est celle que le miroir montre à l'observateur et que l'on a l'habitude d'opposer à la première pour démontrer le prétendu renversement. Mais prenons un miroir laryngoscopique, plaçons-le au-dessus de l'image de droite, en l'inclinant à 45° sur l'horizon, comme on le fait dans les examens laryngoscopiques, et nous allons y voir apparaître la même image qu'à gauche, mais *dans un plan vertical*, et faisant angle droit avec le papier, et non pas renversée en sens inverse de la première comme l'image de gauche l'a été par le dessinateur. Il n'y a donc eu qu'un relèvement d'un quart de cercle, ou d'un angle de 90°. C'est ce dont on se rend compte facilement aussi en regardant la figure n°3

que nous reproduisons ici, et qui explique la marche des rayons lumineux et la direction de l'image. Il suffit de rappe-

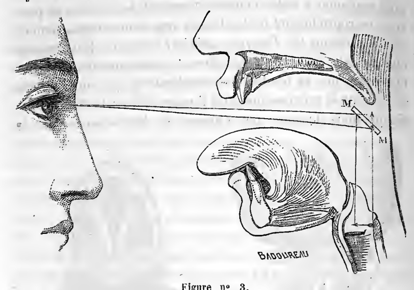



Figure n° 3.

ler ces lois d'optique : 1° que l'angle de réflexion est égal à l'angle d'incidence, et que l'image virtuelle se voit dans la direction du rayon réfléchi. Or, ici, une des deux lignes, celle d'incidence, est à peu près fixe et rapprochée de l'horizontale; c'est à la fois le rayon lumineux fourni par le laryngoscope et le rayon visuel de l'observateur ; l'autre, la ligne réfléchie, sera à peu près verticale et dans une direction convenable pour atteindre le larynx, lorsque le miroir MM occupera la position indiquée dans la figure. La partie du miroir dans laquelle se réfléchissent les régions antérieures du larynx est la plus élevée, de telle sorte que ce qui est en avant dans le larynx paraîtra en haut dans le miroir (voir la pointe de la flèche dans la fig. 3); les parties postérieures, au contraire, paraissent en bas (voir les barbes de la flèche dans la même figure). — Il n'y a là rien que de très-simple pour l'observateur, tant qu'il se borne à regarder et à porter un diagnostic; mais s'il s'agit de pratiquer une opération ou de porter des topiques dans le larynx, ce relèvement à 90°, si simple qu'il soit, constitue un trompe-l'œil, une cause d'erreur contre laquelle l'habitude pourra seule prémunir. Quand on porte des topiques sur les régions postérieures du

larynx, il suffit de se laisser guider par l'image et d'enfoncer de plus en plus l'instrument *en bas* et *en arrière*. Si, au contraire, l'on veut atteindre les parties antérieures, la commissure antérieure des cordes vocales, il faut que le jugement rectifie l'erreur de la vue ; ces parties antérieures, que l'image nous montre en haut, sont en réalité sur le même plan horizontal que ces parties postérieures qui nous paraissent et qui sont réellement en bas ; de sorte que l'instrument devra être enfoncé aussi profondément que si l'on voulait atteindre la partie postérieure de la glotte, puis ramené en avant par un mouvement de bascule imprimé au manche de l'instrument. Ce n'est que par l'habitude que l'on arrive à triompher de cette cause d'erreur, et à exécuter ce mouvement avec précision.

Reprenons l'analyse de l'article de MM. Bœckel, et passons sur la fin du paragraphe relative au développement de l'image, où nous n'aurions à relever que quelques détails.

La pathologie médicale prêtera pour nous à des critiques plus sérieuses, parce que ce sont des critiques d'ensemble, portant sur le plan général et sur les divisions nosographiques de cette partie de l'article. Les auteurs divisent en effet les affections médicales du larynx en : 1° troubles de la circulation ; 2° inflammations, comprenant les laryngites aiguës, les laryngites chroniques et les laryngites constitutionnelles avec leurs complications ; 3° les névroses. — Ceux de nos lecteurs qui voudront bien se reporter au tableau de la classification que nous avons proposée dans le premier numéro de cette revue (1er mars, p. 14), seront sans doute surpris de voir l'étrange disproportion qui existe entre le nombre des affections mentionnées par MM. Boeckel et celles que nous admettons. Mais avant de discuter la valeur du cadre adopté par les auteurs de l'article et que nous analysons, voyons comment ils l'ont rempli.

1° Les *troubles de la circulation* ont peu d'importance ; ce sont : 1° l'anémie, liée à un état général atonique ; 2° l'hypérémie, qui précède et accompagne les différentes inflammations ; 3° les suffusions sanguines (ecchymoses, hémorrhagies) ; 4° l'arrêt de la circulation par embolie capillaire (une

observ. de Feltz). La remarque générale que l'on peut appliquer à ces lésions purement anatomiques, c'est que ce ne sont pas à proprement parler des maladies du larynx, mais des épiphénomènes laryngiens se produisant dans diverses affections.

Le chapitre des inflammations, en revanche, comprend à peu près toute la pathologie médicale du larynx. La division des inflammations est également purement anatomo-pathologique : 1° inflammation de la muqueuse et du tissu sous-muqueux ; 2° inflammation des cartilages et des articulations. Le premier groupe comprend : A) les *laryngites aiguës*, dans lesquelles les auteurs font rentrer : la *laryngite catarrhale simple*, la *laryngite striduleuse*, la *laryngite intense*, l'*épiglottite*, etc., et les *laryngites symptomatiques des fièvres éruptives.* La laryngite *croupale* ou *pseudo-membraneuse* et la laryngite *diphthéritique* que l'on pourrait ranger ici, sont renvoyées aux articles CROUP et DIPHTHÉRIE du même dictionnaire.

B) Les laryngites chroniques, comprenant la *laryngite chronique secondaire*, succédant à la laryngite aiguë, la *laryngite chronique primitive* ou *glanduleuse*, et la *laryngite hypertrophique*.

C) Les *laryngites constitutionnelles*, tuberculeuses et syphilitiques, lesquelles peuvent revêtir le caractère aigu ou chronique. Les auteurs y rattachent les laryngites de la fièvre typhoïde. La *laryngite œdémateuse* et l'*abcès du larynx*, conséquences fréquentes des diverses formes de laryngites, sont traitées dans un paragraphe spécial.

Les défauts de ce cadre sautent immédiatement aux yeux. L'absence d'une base vraiment nosologique a conduit les auteurs à mêler arbitrairement les choses les plus dissemblables, et mêmes à séparer celles qui étaient analogues. La division en laryngites aiguës, chroniques et constitutionnelles est-elle fondée? non, car les laryngites constitutionnelles sont à la fois aiguës et chroniques ; les deux autres groupes n'auraient d'existence réelle que si on les dénommait sous le nom de laryngites simples, aiguës ou chroniques, mais alors il ne faudrait pas y introduire les laryngites symptomatiques

des fièvres éruptives, ni en rapprocher la diphthérie. Pourquoi mettre dans deux groupes différents la *laryngite aiguë catarrhale simple* et la *laryngite chronique secondaire* succédant à la laryngite aiguë ? Ce sont les deux temps d'une même maladie, dont les lésions et les symptômes sont presque identiques, et dont la durée seule fait la différence. Si l'on peut consacrer encore une place à part à la laryngite glanduleuse ou chronique primitive, que dire de la laryngite hyperthrophique, épiphénomène de trois ou quatre laryngites soit spécifiques, soit diathésiques. On peut en dire autant de la laryngite *œdémateuse* et de l'abcès du larynx, dont l'existence en tant qu'entités morbides indépendantes est plus que douteuse. Enfin, faute grave selon nous, à quel titre rattacher la laryngite de la fièvre typhoïde aux laryngites constitutionnelles? Sa place n'est-elle pas à côté des laryngites symptomatiques des fièvres, que celles-ci soient éruptives ou non ?

Qu'est-ce enfin que la laryngite *intense*, que les auteurs font entrer en ligne dans leur classification ? L'intensité d'une maladie suffit-elle à faire une espèce ? Dites au moins laryngite parenchymateuse ou sur-aiguë, pour la différencier de la catarrhale. Les auteurs rejettent aussi l'*épiglottite* qu'ils viennent de mentionner à la description de certaines laryngites partielles, qui appartiennent à l'histoire des laryngites chroniques (il faudrait dire, selon nous, diathésiques ou spécifiques). On voit combien toute classification des maladies du larynx est confuse et incomplète, tant qu'on se tient aux éléments anatomo-pathologiques, et que l'on méconnaît les données importantes tirées de l'étiologie, telles que la spécificité et les diathèses !

Passant au détail des descriptions, nous n'aurions rien de particulier à relever dans celle des laryngites catarrhale aiguë, striduleuse, intense ou parenchymateuse aiguë, si ce n'est que cette description est bien sommaire. Nous sommes d'ailleurs disposés, comme les auteurs et comme M. Jaccoud à ne pas voir dans la laryngite striduleuse une espèce particulière, mais une forme due à l'âge des jeunes sujets, à la conformation de leur larynx et à

l'intensité des phénomènes reflexes. La toux spasmodique et dyspnéique de la laryngite striduleuse se retrouve d'ailleurs, soit complète, soit seulement ébauchée, dans la coqueluche, dans certaines grippes et dans les laryngites catarrhales de quelques adultes.

Les laryngites symptomatiques ne fournissent à nos auteurs qu'une courte mention, dont la laryngite morbilleuse fait à peu près tous les frais. Cette dernière est décrite surtout d'après la thèse récente de M. Coyne. Nous ne reprocherons pas à MM. Bœkel cette brièveté, car tout est encore à faire à peu près sur ce sujet, surtout au point de vue clinique et laryngoscopique. L'anatomie pathologique n'a donné jusqu'à présent que les résultats ultimes des cas graves, souvent compliqués de maladies intermittentes, et l'on sait combien les résultats d'une autopsie diffèrent pour le larynx des aspects que l'on avait observés au laryngoscope pendant la vie. Nous nous sommes déjà étonnés de voir les auteurs séparer de ce paragraphe l'histoire du laryngo-typhus, qui lui appartient si naturellement de par la nosologie générale. De ce que cette lésion présente une marche lente et un processus spécialement ulcératif (quelque soit d'ailleurs le mécanisme primitif de ce processus), il n'y a pas là de motif suffisant pour le séparer des fièvres, puisque précisément dans la rougeole, et nous pourrions ajouter dans la variole, on trouve aussi des ulcérations analogues. Il est fâcheux de voir une simple considération d'anatomie pathologique déranger l'ordre qu'indiquerait une saine pathologie générale.

Nous devons à propos de la laryngite catarrhale chronique et de la laryngite glanduleuse faire aussi des réserves. Nous n'insisterons pas ici sur l'angine glanduleuse qui fait dans le présent fascicule l'objet d'un article critique d'un de nos collaborateurs. Nous dirons seulement qu'autant l'hypertrophie glanduleuse est réelle et facile à vérifier dans le pharynx, autant il nous semble qu'elle a été décrite théoriquement dans le larynx. On a émis à ce sujet une quantité de considérations physiologiques ou pathologiques ingénieuses; mais nous croyons qu'on l'a fait *a priori* sans s'être occupé de vérifier d'abord la réalité des faits,

et de séparer les angines glanduleuses catarrhales simples des angines glanduleuses symptomatiques ou compliquées.

Ce que nous disons de l'hypertrophie des glandules s'applique encore avec bien plus de force aux prétendues ulcérations catarrhales que la plupart des auteurs ont décrites. L'ulcération n'est pas le fait des catarrhes simples, pas plus dans le larynx que dans les bronches : l'éraillure des surfaces par suite de la désquammation de l'épithélium, voilà le point pathologique qui nous semble n'être jamais dépassé, à moins qu'il ne s'agisse d'inflammations symptômatiques de tubercules, de scrofule ou de syphilis : peut-être en trouverait-on aussi dans les affections dartreuses ou arthritiques, mais celles-ci sont à peine connues dans le larynx : la dysphagie, la sensation de boule hystérique, ou les spasmes que l'on décrit comme symptômes de quelques cas d'angine glanduleuse, appartiennent évidemment pour nous à ces angines glanduleuses compliquées d'états diathésiques ou spécifiques, ou d'un certain degré d'œsophagisme chez les sujets nerveux.

La laryngite plastique ou hypertrophique nous inspire des doutes de la même nature. L'épaississement parenchymateux chronique, qui est dû, soit à un exsudat pseudo-plastique non résorbé, soit à une hypertrophie du tissu connectif, soit à des infiltrations diverses de matières fibro-lardacées (Rokitansky), ou de matières gélatiniformes ou de granulations grises tuberculeuses que nous avons observées nous-même, n'appartiennent pas à la laryngite catarrhale chronique simple, mais bien à différentes laryngites diathésiques, au premier rang desquelles il faut mettre la tuberculose et la syphilis; elle peut également se voir à la suite de laryngites symptômatiques des grandes pyrexies; mais en somme la laryngite hypertrophique n'est pas une espèce, c'est un reliquat pathologique commun à plusieurs laryngites de nature très différente.

Les laryngites constitutionnelles sont, pour MM. Bœcke', l'occasion de considérations générales, auxquelles nous donnons notre approbation presque sans restriction, tout en regrettant qu'ils restreignent leur application à deux espèces :

la tuberculose et la syphilis. Que font-ils de la scrofule, du cancer, de la dartre, du rhumatisme, de la goutte, de l'érysipèle, à peine prononcent-ils le nom de quelques-unes de ces maladies ! Quant au cancer, ils le rejettent aux affections chirurgicales où nous le retrouverons tout à l'heure.

La phthisie laryngée, qui réclame à elle seule près des deux tiers des malades du larynx, ne fournit guère que trois pages à nos auteurs. La division en *laryngite tuberculeuse primitive*, et *laryngite des tuberculeux* que les auteurs adoptent après M. Jaccoud, ne nous paraît pas reposer sur une observation clinique suffisante, et elle est plus théorique que réelle. C'est une de ces conceptions auxquelles mène cette anatomie pathologique étroite, qui méconnaît les états généraux, et ne voit la maladie que dans la lésion locale. Un phthisique toussera et crachera du sang souvent pendant plusieurs années avant que la percussion et l'auscultation revèlent aucun signe physique dans l'appareil pulmonaire; en est-ce moins pour cela un phthisique? La laryngite qu'il peut présenter à cette époque n'est-elle pas celle d'un tuberculeux, que le laryngoscope montre ou ne montre pas encore des granulations dans le larynx? La laryngite pourra certainement, dans la diathèse tuberculeuse, précéder la localisation pulmonaire, ou du moins les signes manifestes de celle-ci. Les époques relatives de l'évolution de la maladie dans le larynx et dans le poumon sont très-variables. Il est des phthisiques qui ne présenteront de lésions laryngées qu'à la période des cavernes pulmonaires, de même qu'il est beaucoup de phthisiques qui n'en présentent pas, ou n'ont que des accidents passagers de catarrhe laryngé. La lésion de la granulation grise initiale n'est pas nécessaire pour qu'un malade soit atteint d'une phthisie laryngée, qui présentera cependant les ulcérations des cordes vocales, le bourgeonnement, les œdèmes, les périchondrites et les nécroses, c'est-à-dire tous les éléments caractéristiques de cette maladie.

L'anatomie pathologique du larynx n'est pas encore assez faite, quoi qu'en disent nos auteurs, pour permettre d'établir une distinction bien tranchée. Il n'est pas exact d'affirmer que « tandis que dans la tuberculose laryngée (avec granulations)

les tubercules sont isolés, dans la laryngite des tuberculeux ils sont confluents. » Nous avons, dans nos études sur la tuberculose miliaire aiguë (Voyez notre n° 2, mai, p. 80-83), montré que d'emblée les granulations pouvaient être confluentes dans le pharynx comme dans le larynx. Quand on dit : « *jamais* dans la laryngite des tuberculeux les tubercules ne se montrent primitivement, ils sont *toujours* précédés de troubles du côté des poumons et de la muqueuse laryngée, c'est-à-dire que la laryngite constitue toujours la lésion primordiale, et que le tubercule ou mieux l'infiltration tuberculeuse n'en est que la conséquence. » Quand on s'exprime, disons-nous, d'une façon aussi tranchante, on énonce une loi qui répond peut-être à quelques faits cliniques, mais à laquelle on pourrait opposer un nombre au moins égal de faits contraires.

Si le mot *tuberculose laryngée* doit, selon les auteurs, désigner une affection générale primitivement bornée au larynx, tandis que la dénomination de *laryngite des tuberculeux* indique clairement que la maladie du larynx est venue se greffer sur une maladie diathésique antécédente, » nous répondons que nous ne connaissons pas ces divisions fictives ; qu'est-ce qu'une « affection générale primitivement bornée au larynx, » si ce n'est une diathèse produisant une de ses nombreuses manifestations locales ; et en quoi diffère-t-elle de cette « maladie diathésique antécédente » du poumon, sur laquelle est venue se greffer la maladie du larynx ? Tout cela n'est-il pas une seule et même diathèse, la diathèse tuberculeuse, frappant à des époques variables sur le larynx ou sur le poumon ? Bien loin que le tubercule miliaire frappe exclusivement d'emblée sur le larynx, nous avons décrit récemment une forme de tuberculose miliaire qui frappe d'abord le pharynx, et n'atteint le larynx et les poumons que plus tard. Les auteurs ne paraissent pas connaître cette forme clinique, et nous ne leur en faisons pas un reproche parce que leur volume était sous presse en même temps que l'article où nous en donnions une description complète. Toutefois, les observations sur lesquelles se base cette description avaient déjà paru en 1872, 1873 et 1874 (V. *Union médicale*. Soc. méd. des hôp. de Paris).

Nous regrettons d'insister si longuement sur cette discussion, qui pourra paraître singulièrement scholastique, mais nous y sommes forcés par ce fait que les auteurs ont consacré à cette distinction une page et demie sur les trois pages qu'ils consacrent à la phthisie laryngée. C'est trop, et le reste de l'article s'en ressent, car tout ce qui touche le siége, les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement sont écourtés d'une manière déplorable. Les lésions des cordes vocales se réduisent à trois lignes et demie. Ce n'est, selon nos auteurs, que dans *quelques cas rares*, que « celles-ci subissent des pertes de substances assez considérables : leur tissu élastique se désagrége dans le sens des fibres longitudinales, et ainsi se produisent des ulcérations longitudinales. » Rien au contraire n'est plus fréquent que les ulcérations des cordes vocales dans la phthisie laryngée, on peut dire qu'elles y sont la règle, et qu'à partir d'une certaine époque, elles ne manquent jamais. Loin de se borner à la direction longitudinale (celle que nous désignons dans nos cliniques sous le nom *d'ulcération marginale*), on les voit affecter les formes les plus variées, détruire comme à coup d'emporte-pièce l'épaisseur entière de la corde vocale, et amener, par la rétraction consécutive des lambeaux, et le développement des bourgeons charnus qui entourent ces ulcérations, les figures les plus bizarres, que depuis longtemps nous dessinons dans nos leçons, et que notre collaborateur le docteur Deel a notamment décrites dès 1872 dans sa thèse inaugurale. Dans la symptômatologie, nous voyons cette assertion que « la toux et l'expectoration, nulles au début, ne deviennent fréquentes que lorsque les poumons se prennent » (p. 260). Passe pour l'expectoration, mais la toux, dans combien de cas ne la voyons-nous pas incessante, quinteuse et fatigante au-delà de toute expression, précéder pendant bien longtemps toute manifestation pulmonaire appréciable ! — La *dysphagie* excessive est mentionnée par nos auteurs, mais ils ne disent ni à quelle époque, ni par quelles lésions elles est produite, ce qui est pourtant facile à préciser. La marche de la maladie, les rapports d'évolution des lésions pulmonaires et des lésions laryngées ne sont pas

même entrevues. La question du pronostic n'est qu'effleurée, celle du mécanisme de la mort très-incomplète, et le traitement, même local, est à peine ébauché. Le médecin peut cependant rendre un service immense au malade en lui épargnant par le traitement topique les souffrances atroces des dernières périodes. « La cautérisation est seule utile (par rapport aux *insufflations* et aux *pulvérisations*), disent-ils avec raison, quand il s'agit d'ulcérations profondes. » Mais pourquoi, ajoutent-ils : « cependant elle ne doit pas être trop énergique, car elle peut entraîner le boursoufflement et l'œdème. » Il est évident que cette restriction va arrêter tous les praticiens timides, et qui n'ont des opérations laryngiennes qu'une expérience restreinte. Il faut au contraire être hardi ; non, ce n'est pas la cautérisation qui produit le boursoufflement et l'œdème ; celles-ci sont l'effet de la maladie, et si la cautérisation ne les réprime pas, c'est qu'elle est timide et insuffisante (1) : le larynx œdémateux des phthisiques, très-différent en cela du larynx oblitéré par des produits cancéreux, supporte, au contraire, les caustiques les plus énergiques, tels que l'acide chromique au 8^e^, au quart et même à 1 pour 1 d'eau. Si nous en cessons l'emploi dans les derniers temps, quand tous les moyens sont devenus impuissants, ce n'est pas par crainte de l'œdème, c'est pour épargner une souffrance inutile à des mourants. Bornons-nous alors aux glycérolés narcotiques, particulièrement à la morphine, le meilleur de tous les narcotiques laryngiens, que les auteurs oublient de mentionner. Les indications de la trachéotomie sont également à peine effleurées. Si l'on est autorisé à la pratiquer, ce n'est pas comme palliatif et pour diminuer les souffrances du sujet, comme le disent les auteurs, car les souffrances ne sont nullement diminuées, et notamment la dysphagie persiste ; c'est

1) Il s'agit ici bien entendu des œdèmes par infiltration séreuse, ou séro-sanguine, ou même séro-purulente, même sous-muqueuses, mais non pas des cas d'infiltration de granulations grises miliaires que nous avons décrites ailleurs. Dans ce cas, on ne parviendrait pas à diminuer la tuméfaction et la cautérisation serait très-douloureuse. Les attouchements de morphine sont les seuls qui soient alors tolérés.

pour le *faire vivre*, quand les raisons majeures exigent qu'on prolonge son existence de quelques jours (questions de survie, de testament, d'ordre à mettre à ses affaires) sans croire que ce résultat heureux puisse durer au delà de quelques semaines, car si le danger laryngien est temporairement évité, l'affection pulmonaire semble prendre immédiatement une marche plus accélérée.

Le paragraphe *syphilis du larynx* nous paraît singulièrement écourté aussi (deux pages un quart). Il contient quelques assertions, qui ont ccurs, il est vrai, dans la littérature laryngoscopique, mais qui sont sujettes à contestation quand on étudie la nature. « A la période secondaire de la syphilis, les accidents laryngés représentent exactement ceux de la peau et des muqueuses. » Sans doute c'est là ce qu'ont cru MM. Cusco et Dance, MM. Gerhard et Roth ; c'est encore ce que soutiennent dans nos annales MM. Krishaber et Mauriac, nos collaborateurs ; mais les auteurs d'un dictionnaire n'auraient pas dû oublier que cette théorie avait été formellement contestée depuis plusieurs années par MM. Alfred Fournier, S. Duplay, et par nous-même, et que la thèse de M. Ferras, peut-être un peu exagérée dans quelques points, avait cependant fait justice de ce prétendu parallélisme des lésions cutanées et laryngées. MM. Krishaber et Mauriac, ne peuvent citer aujourd'hui que des cas peu nombreux, sur lesquels nous aurons, du reste, à nous expliquer prochainement. En revanche, ce que disent MM. Bœckel « des ulcères, des gommes, des rétrécissements est bien bref. Nous aimons cependant à leur voir dire qu'avec le laryngoscope seul, « il est impossible de dire si l'on a affaire à une ulcération syphilitique, tuberculeuse ou de toute autre nature, et que les antécédents, les lésions concomitantes permettent seuls d'établir avec précision la nature de l'affection. » C'est la vérité, et c'est surtout en dehors du larynx, qu'il faut chercher les signes positifs de la syphilis constitutionnelle. Quant au caractère d'indolence reconnu par Türck et Sommerbrodt aux ulcérations syphilitiques, il y a là une preuve qne ces auteurs ne connaissaient pas bien les ulcérations scrofuleuses, que nous nous sommes

efforcé de distinguer des ulcérations syphilitiques (*Mém. sur l'angine scroful.*, 1871, Soc. méd. des Hôpitaux. — V. aussi la thèse de M. Feugères, Paris, 1871), et dont l'indolence constitue un des meilleurs caractères. Les ulcérations syphilitiques sont en général douloureuses, sauf aux périodes très-tardives, et en cas de cumul de la scrofule et de la syphilis. Les considérations sur le traitement, et en particulier sur l'indication de la trachéotomie, sont exactes, mais un peu écourtées.

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur la critique des articles relatifs à la phthisie laryngée et à la syphilis, parce que ce sont les plus importantes des affections laryngées. Nous passerons rapidement sur celles qui suivent, et que les auteurs intitulent *inflammation de certaines parties isolées* du larynx. Nous y voyons décrites une épiglottite, une aryténoïdite, une inflammation des cordes vocales supérieures, une des cordes vocales inférieures, une de la paroi postérieure. Il serait facile de multiplier ces variétés en autant de régions que l'on voudra en considérer dans le larynx. Mais, en vérité, à quoi peut servir un pareil morcellement d'espèces? Les auteurs ont-ils reconnu une cause spéciale à chacune de ces localisations ? Ils ne paraissent pas même l'avoir cherchée. C'est toujours l'étiologie banale : le froid, la fatigue de l'organe, à laquelle s'ajoutent pour les ulcérations la tuberculose ou la syphilis. C'est cependant dans la considération de ces causes qu'on trouverait la base véritable d'une détermination d'espèces, et tout au moins des indications pour le traitement. Nous avons d'ailleurs (*le Progrès*, 1875, p. 188) indiqué une loi dont l'expérience nous montre tous les jours la justesse, et qui toute générale qu'elle est, fournit immédiatement des applications pratiques, c'est que : la laryngite a d'autant plus de chances d'être *simple ou primitive qu'elle est plus généralisée* et la *rougeur plus uniforme*, et que plus elle est *partielle, disséminée* sur des places isolées, plus elle doit être considérée comme *symptomatique* d'une *spécificité* ou *d'une diathèse*. Il n'y a pas grande utilité pour le malade à dire qu'il a une épiglottite, une aryténoïdite, ou une inflammation localisée à la paroi postérieure. Il y en

a beaucoup, au contraire, à compléter ces diagnostics imparfaits en disant : il y a une épiglottite syphilitique, ou une inflammation interaryténoïdienne de nature tuberculeuse. L'idée spécifique qui en résulte est féconde, la localisation purement anatomique est stérile.

Nous pouvons appliquer la même remarque au second groupe de maladies admises par nos auteurs, les inflammations sous-muqueuses, périchondrites, chondrites, nécroses, abcès, arthrites. Ce qu'il faut chercher, c'est la cause de toutes ces lésions communes à plusieurs grandes maladies spécifiques (f. typhoïde. syphilis) ou diathésiques, et dont l'existence à titre de lésions primitives, est extrêmement douteuse. Nous aimons à voir les auteurs, malgré le vice de leur plan général, arriver dans ce paragraphe à décrire la laryngite rhumatismale, affection encore mal déterminée, il faut l'avouer, basée sur un nombre très-restreint d'observations, mais qui par cela même éveille l'attention, et sollicite l'observateur à de nouvelles recherches dont sortira, nous l'espérons, une espèce véritable, basée sur une notion étiologique exacte. L'arthrite rhumatismale des petites articulations laryngées éveille d'abord quelques doutes ; elle n'est pas irrationnelle toutefois, mais il faudra des observations pour la mettre suffisamment en relief. Quant à l'arthrite laryngienne blennorhagique, l'observation unique que l'on en a cité prête, nous l'avouons, aux critiques et au doute.

La laryngite œdémateuse ou œdème de la glotte est encore décrite comme au temps de Sestier ou de Cruveilhier à titre d'espèce, et cependant les auteurs avouent qu'elle est toujours symptomatique ; aussi pensons-nous avec M. Lasègue qu'il faut la rayer du nombre des espèces et ne plus en parler qu'à titre de question de séméiotique ou de diagnostic différentiel à propos des indications de la trachéotomie.

Les névroses occupent une place importante dans le travail de MM. Bœckel, trop importante peut-être si on les compare au développement donné aux maladies que nous venons de passer en revue ; car, en définitive, l'existence de névroses essentielles du larynx est douteuse, et il est beaucoup plus probable qu'elles sont toutes symptomatiques. Toutefois ce

développement ne nous déplaît pas, parce que ce sont des états peu connus, et que, par des motifs que nous ne saurions comprendre, ils ont été singulièrement écourtés, ou renvoyés par fragments à d'autres chapitres par les auteurs du *Dictionnaire encyclopédique*. Ne fût-ce qu'à titre de question de séméiotique, les paralysies laryngiennes méritent en effet un paragraphe spécial.

MM. Bœckel ont divisé d'une manière logique les troubles nerveux du larynx en troubles de la sensibilité et troubles de la motilité. Nous savons peu de chose sur les premiers, et les subdivisions : *anesthésies*, *hypersthésies* et *paresthésies* (perversions de la sensibilité) sont encore des cadres presque vides que des études ultérieures devront remplir. Ce n'est pas toutefois établir un point de départ suffisamment exact que de parler d'anesthésie laryngienne et d'analgésie chez les phthisiques, ni chez les diphthériques. — Une seule affection est positivement remarquable par l'absence de douleur, l'analgésie, c'est justement celle que les auteurs ont passée sous silence, la scrofule. Il faudrait dire, au contraire, que la douleur existe le plus ordinairement dans la syphilis, au moins à la période secondaire ; elle existe aussi dans la phthisie laryngée assez modérée, tant que les ulcérations ne siégent que sur les cordes vocales vraies : très-vive quand elle atteint les aryténoïdes et l'épiglotte, elle atteint son maximum dans la tuberculose miliaire, qui infiltre l'épiglotte et les éminences aryténoïdiennes, en même temps que les différentes parties du pharynx. Dans le cancer elle est loin d'être aussi constante qu'on le croirait. La douleur manque dans les laryngites catarrhales simples, dans les laryngites herpéto-arthritiques, où il n'y a qu'un simple chatouillement ou sentiment de resserrement, dans les polypes où elle fait absolument défaut. L'*hyperesthésie*, en dehors des grandes ulcérations diathésiques dont nous venons de parler, tient surtout à un état de nervosisme, et la *paresthésie* tient à l'impression laissée par quelque corps étranger, expulsé depuis longtemps de la cavité laryngienne, ou à un état d'hypocondrie. La *toux nerveuse*, que les auteurs regardent comme très-différente de la toux des

hystériques, quoique, pour notre part, nous ne voyions pas de ligne de démarcation bien appréciable, peut se rencontrer même chez les hommes comme symptôme précurseur de la paralysie résultant d'un anévrisme et surtout d'une adénopathie bronchique. Nous en avons déjà vu deux exemples remarquables chez des hommes dans notre pratique privée. M. Guéneau de Mussy fait jouer, comme on sait, un rôle très-important à l'adénopathie bronchique dans la production de la toux coqueluchoïde (*Union médicale*, 1875, juillet, nº 81 et suivants, Études sur la coqueluche). Mais nous touchons ici au *spasme de la glotte*, représenté pour nos auteurs par l'asthme de Millar, qu'ils considèrent comme essentiel, et par la *crampe professionnelle*, dont ils citent un cas curieux observé chez un flûtiste d'après Gerhardt. Ce dernier cas rentre évidemment dans ce que l'on appelle une maladie essentielle, mais il est douteux qu'on puisse en dire autant de l'asthme de Millar. Cette maladie, encore assez mal connue, ne paraît être qu'un syndrôme commun à plusieurs états morbides différents. Ses connexions, dans l'enfance, avec la dentition, avec l'éclampsie, avec la coqueluche (V. la thèse de M. Ducastel), chez les adultes avec l'hystérie, ne permettent guère de dire, avec nos auteurs, que ce soit « un spasme de la glotte indépendant de tout état morbide préalable. » Les états morbides qui y prédisposent sont multiples et mal connus, voilà tout ce qu'on peut dire, et les théories de Kopp sur l'hypertrophie du thymus, ou d'Elsasser et Lederer sur le *craniotabes* sont basées sur des coïncidences qui ne satisfont plus personne. Mais l'indécision dans laquelle on est obligé de rester à l'égard d'une maladie est loin d'être un motif d'en faire une maladie essentielle, puisqu'une étude ultérieure peut avoir, au contraire, pour résultat de la faire rayer du nombre des espèces morbides, et de n'y plus voir qu'un symptôme.

La même remarque s'applique aux paralysies motrices, que les auteurs divisent en paralysies *essentielles* et paralysies *symptomatiques*. Les paralysies essentielles sont, selon eux, celles qui sont dues au refroidissement (paralysies rhumatismales), et la paralysie hystérique ; on pourrait y joindre

celles que nous avons signalées dans les cas d'herpéto-arthritisme de la gorge (V. notre dernier numéro, p. 207). Qui ne voit toutefois que l'hystérie, le rhumatisme, l'arthritisme sont des affections générales dont la paralysie n'est que le symptôme, et que dès lors l'essentialité de ces paralysies est tout à fait contestable ? Il faut se borner à dire : Il y a des paralysies symptomatiques d'un état général sans *lésion matérielle*, par opposition à celles qui sont symptomatiques d'une lésion matérielle portant sur les nerfs laryngés, soit dans leur trajet, soit à leur origine.

Passant à la description des diverses espèces de paralysies, les auteurs les ont encore divisées en paralysie du spinal et paralysie du récurrent. Bien qu'une division clinique nous paraisse préférable, nous ne blâmerons pas cette division physiologique, puisqu'après tout nos connaissances sur les paralysies laryngiennes, et le diagnostic que nous pouvons en tirer, reposent en grande partie sur les vivisections. Cependant l'anatomie pathologique nous éclaire pour tout ce qui touche les compressions ou lésions des récurrents dans le thorax ou à la région cervicale (anévrysmes, adénopathies, blessures des nerfs), et notre numéro d'aujourd'hui contient une observation intéressante de M. Luys, où la paralysie laryngée, qui n'avait malheureusement pas été étudiée au laryngoscope, mais qui est suffisamment démontrée par le trouble fonctionnel et la dégénérescence des muscles laryngiens, était produite par une lésion cérébrale définie. Nous aurions voulu toutefois que les auteurs, en adoptant la base physiologique, en fissent mieux ressortir les conséquences au point de vue du mécanisme des paralysies. Ainsi, après avoir mentionné la paralysie du récurrent, pourquoi faire des paragraphes spéciaux de la paralysie des muscles dilatateurs, puis de la paralysie phonique des constricteurs, puis de celle des constricteurs et des dilatateurs ? En réalité, toute compression ou lésion du récurrent produit à la fois la paralysie du dilatateur et des constricteurs animés par ce nerf. Mais la *paralysie du dilatateur est la seule apparente* au laryngoscope ; en effet, dès que l'action de ce muscle (le cricoaryténoïdien postérieur) ne se fait plus sentir, la corde vocale

retombe inerte sur la ligne médiane par suite de la rentrée de l'air dans l'inspiration, et par la disposition des articulations mêmes du larynx. C'est un effet de valvule qui a été très-bien indiqué depuis longtemps, dès les premiers travaux de Longet, et auquel les constricteurs ne prennent aucune part, qu'ils soient paralysés ou non. La paralysie des constricteurs produit l'aphonie, la difficulté de la toux, de l'effort, mais il n'est pas exact de dire que la glotte reste entr'ouverte, s'il y a seulement lésion du récurrent. Voilà ce que nous aurions voulu voir ressortir bien nettement de cette étude physiologique. L'expérience de Cl. Bernard sur l'arrachement du spinal est pour nous un guide précieux. Toute paralysie du dilatateur appartient au pneumo-gastrique. L'aphonie avec une glotte fermée est due à la paralysie du récurrent. L'aphonie avec une glotte largement ouverte ne peut tenir qu'à une paralysie du spinal qui laisse intacte l'action du dilatateur, et l'on doit en chercher la cause à l'origine de ce nerf, dans la cavité encéphalique, ou l'attribuer à une maladie générale qui peut agir sur ce nerf. Nous pensons d'ailleurs que les auteurs sont trop exclusifs en limitant l'action du spinal au nerf laryngé supérieur seul. La connexion du spinal et du pneumogastrique près de leur origine autorise au contraire à penser que ce dernier nerf et le récurrent, qui en dérive, reçoivent également des branches motrices du spinal, et l'aphonie, qui résulte de l'arrachement de ce nerf, provient non-seulement de la paralysie du crico-thyroïdien (animé par le laryngé externe), mais aussi de celle des autres constricteurs du larynx que le récurrent tient sous sa dépendance.

En somme, il nous paraît préférable pour l'étude clinique de partir du fait constaté au laryngoscope, la paralysie unilatérale ou bilatérale des cordes vocales, soit avec occlusion, soit avec dilatation persistante de la glotte, et de nous servir des notions physiologiques et anatomo-pathologiques pour en déduire la lésion, ou le trouble de tel ou tel nerf, puisque la plupart du temps ce dernier point ne serait démontrable qu'à l'autopsie. Nous approuvons d'ailleurs les auteurs d'avoir passé sous silence les signes tirés de l'alté-

ration de la voix, sur lesquels avait insisté notamment M. Duranty. Ce sont là des nuances trop délicates, reposant sur des données physiologiques beaucoup trop incertaines.

---

Ici se termine la partie médicale de l'article de MM. Boeckel. Ce qui leur a manqué surtout dans tout ce qui précède, c'est la notion des états généraux, c'est une classification assise sur une base vraie, dont l'absence les a entraînés dans une localisation à outrance des maladies du larynx. Nous tenons à déclarer de nouveau que ce reproche s'applique non-seulement aux écrivains estimables que nous analysons, mais à peu près à tous ceux qui ont écrit sur la laryngoscopie. En dehors de l'étude des laryngites aiguës, que l'école de Trousseau avait portée presque à sa perfection avant l'invention du laryngoscope, la pathologie médicale du larynx a jusqu'à présent profité beaucoup moins qu'elle ne l'aurait dû de la nouvelle découverte.

La pathologie chirurgicale a eu au contraire les préférences des laryngoscopistes, et l'esprit de localisation que nous reprochions à nos auteurs se trouve ici parfaitement à sa place. Aussi, se trouvent-ils plus à leur aise, et pouvons-nous analyser plus succinctement leur travail. Les sujets qu'ils passent en revue, et ici, il ne s'agit en effet que d'une revue sans qu'un plan d'ensemble soit nécessaire, sont : 1° les plaies ; 2° les fistules ; 3° les brûlures ; 4° les fractures ; 5° les rétrécissements ; 6° les corps étrangers, 7° les polypes et les néoplasmes ; 8° les tumeurs. Ils terminent par un court chapitre sur l'extirpation du larynx.

Les plaies du larynx sont résumées d'après la thèse récente de M. Horteloup, et divisées comme par ce chirurgien en : plaies chirurgicales, plaies accidentelles et plaies par rupture ; par ces dernières, on doit entendre les ruptures qui se produisent de dedans en dehors, et qui sont occasionnées par la toux, les cris, l'effort, et produisent les *tumeurs gazeuses* du cou. Les auteurs les passent sous silence vu leur rareté.

Les fistules, les brûlures sont l'objet d'une courte mention de quelques procédés opératoires. Les fractures du larynx

ont un paragraphe plus étendu. Nous passerons sur ce sujet qui doit être dans un de nos prochains numéros étudié par un de nos collaborateurs.

Les rétrécissements du larynx (nous n'éprouvons pour notre part aucun désir d'emprunter aux Allemands le mot peu harmonieux de laryngosténose) sont l'objet d'un paragraphe assez étendu, qui aurait pu l'être moins si les auteurs avaient rattaché déjà à la tuberculose, à la syphilis (et j'ajouterai à la scrofule, au cancer) les rétrécissements qui leur appartiennent. Ils auraient ainsi évité des redites. Leur article reste un chapitre de séméiologie et de thérapeutique générale.

Le paragraphe relatif aux corps étrangers est clair et satisfaisant, un peu court cependant, si on le compare à l'article remarquable de M. Guyon dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

Les polypes et néoplasmes devraient naturellement occuper une place importante, puisque c'est le triomphe de la laryngoscopie. L'historique, l'étiologie sont résumés très-succinctement. Les symptômes exposés d'après le professeur Ehrmann sont surtout ceux des polypes volumineux et graves. Les auteurs n'insistent pas assez peut-être sur ce fait d'observation journalière que des polypes peuvent exister pendant un temps considérable, des années entières, sans gêner le malade, et sans se signaler autrement que par un peu d'aphonie ou d'enrouement. Les polypes sont divisés par MM. Bœckel, comme par M. Krishaber, en tumeurs fibreuses, papillaires, glandulaires, muqueuses et mixtes. La description en est résumée d'une manière si succincte qu'elle en est incomplète. Les polypes muqueux (tumeurs kystiques, colloïdes, myômes) sont considérés comme rares et à peine décrits. Enfin le cancer semble presque confondu avec les polypes ; huit lignes seulement pour sa description, et plus loin au paragraphe *diagnostic différentiel* treize autres lignes, voilà à quoi se réduit pour la pathologie laryngée de MM. Bœckel cette grande diathèse cancéreuse, qui occupe tant de place dans la pathologie générale ! Les faits publiés sont peu nombreux, je le sais ; l'article de M. Krishaber, dans le diction-

naire encyclopédique, est aussi beaucoup trop sommaire ; mais en réalité les cas de cancer ne sont pas très-rares. Nous en avons vu et signalé dans nos cliniques plusieurs cas qui permettent même d'y reconnaître au moins deux formes différentes : le cancer épithélial, souvent extra-laryngien, et le squirrhe intra-laryngien, beaucoup plus grave, se terminant habituellement d'une manière brusque. Ce qui est surtout remarquable, c'est que dans les faits que nous avons rencontrés le cancer laryngien a été primitif, c'est-à-dire qu'il n'a pas coïncidé avec d'autres cancers viscéraux ou superficiels, et que les malades ne présentaient pas de cachexie cancéreuse notable. Nous aurons sans doute l'occasion d'entretenir nos lecteurs de ce sujet dans un article spécial.

Le traitement des polypes est pour les auteurs le sujet de développements sur les méthodes opératoires et les instruments. Les indications de la laryngotomie et les succès obtenus par Follin et MM. Krishaber et Guyon sont bien écourtés. La galvanocaustique ne nous paraît pas non plus être l'objet d'une discussion suffisante sur la valeur de la méthode.

Les tumeurs osseuses ou cartilagineuses, exceptions très-rares, prennent près de trois fois plus de place que le cancer lui-même.

La fin de l'article est consacrée au récit de l'opération de Billroth sur l'extirpation du larynx. Pas un mot de jugement sur cette observation elle-même. On semble l'approuver et indiquer un résultat favorable ; le malade vit, le malade parle. C'est très-remarquable, en effet ; mais ce qu'on s'est bien gardé de nous dire, c'est ce qu'est devenu le malade, c'est ce qu'a duré cette misérable existence. Nous nous en doutons un peu, sachant ce que deviennent les malades qu'on a seulement trachéotomisés pour une maladie après tout guérissable, comme la syphilis par exemple. Quelques succès opératoires obtenus récemment par Bottini et Langenbeck (V. *Gaz. hebdomad.* 865, p. 290 et 530) ne changent pas le jugement sévère que nous allons porter. On peut admettre qu'on opère un phthisique pour lui donner le temps de mettre ordre

à ses affaires, sans se faire d'illusions sur le résultat final. Nous admettons aussi qu'on trachéotomise un cancéreux pour des considérations du même ordre, questions de survie, de testament, d'intérêts à régler. Mais nous ne nous faisons pas plus d'illusions que pour le phthisique. Le cancer n'est pas une affection locale, il récidivera là ou dans un autre organe, et un an ou deux sont le maximum d'existence qu'on peut espérer pour le malade. Ordinairement, nous croyons sage de s'abstenir de la trachéotomie elle-même, qui, chez l'adulte, n'est pas sans danger, à cause des hémorrhagies graves qu'il est difficile d'éviter. Cette opération excellente a encore ses détracteurs, et il n'est pas bon de la compromettre dans des opérations sans avenir. Mais que dire de l'extirpation du larynx ? N'est-ce pas une véritable opération de casse-cou, où vous risquez, dans une proportion qui sera certainement considérable, de voir le malade périr sous le couteau ? Et cela dans quel but ? Donner au malade quelques jours, quelques semaines au plus d'une existence pire que la mort. Le cancer du larynx abandonné à lui-même laisse, dans un bon nombre de cas, le malade vivre assez longtemps ; nous l'avons vu durer deux ans. La terminaison brusque n'est guère à craindre que dans la forme que nous appelons squirrhe du larynx. En somme, la trachéotomie suffit pour satisfaire aux intérêts auxquels nous faisions allusion. L'extirpation du larynx n'est qu'un leurre, et elle expose le malade à un danger inouï. Voilà ce que nous aurions voulu entendre dire à MM. Bœckel comme conclusion de leur article.

Dr Isambert.

---

## De la nature de l'angine glanduleuse ou folliculeuse.

Par M. le Dr Deel.

L'angine glanduleuse ou folliculeuse est assurément, depuis les travaux de Chomel, de Green et de M. Guéneau de Mussy, une affection très-connue de tous les médecins, et entrée dans le domaine courant de la pathologie. Il n'en est

pas moins vrai qu'il règne encore dans la pratique une certaine confusion au sujet de cette petite maladie. La plupart des médecins s'arrêtent au diagnostic superficiel que leur fournit si facilement l'examen de la gorge avec un abaisse-langue, sans pousser plus loin leur investigation, et sans se demander si sous cette manifestation tant soit peu banale ne se cachent pas des affections en réalité très-différentes. M. Guéneau de Mussy avait déjà, dans sa remarquable monographie, insisté sur l'influence que différentes diathèses, l'herpétisme et l'arthritisme (on sait que ces deux états morbides constituent, pour cet habile clinicien, deux variétés d'une même diathèse) pourraient exercer sur le développement de la petite lésion du follicule pharyngien. Tandis que quelques auteurs veulent y voir une maladie essentiellement locale, guérissant facilement par l'application de quelques topiques, et se refusent à reconnaître l'influence de causes générales aussi vagues, aussi incertaines pour eux que la diathèse herpétique, d'autres, plus frappés de la réalité de ces mêmes influences générales, invoquent la facilité avec laquelle ces angines récidivent après une guérison apparente, et pensent qu'on doit distinguer différentes espèces d'angines glanduleuses; les unes ne seraient que l'expression d'un état catarrhal chronique, d'autres seraient déterminées par des irritants directs et des causes artificielles, d'autres enfin seraient l'expression positive d'états diathésiques généraux, tels que la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme, la syphilis.

Tel est le point de vue qui avait été indiqué déjà sommairement par M. Lasègue dans son *Traité des angines*, et qui a été repris récemment par M. Isambert dans ses conférences cliniques sur les maladies du larynx (Voyez le *Progrès médical*, 1875, n^os^ 20 et 21).

Toutefois, cette dernière publication a été l'objet de quelques critiques de la part du docteur Demmler, qui a reproché à M. Isambert d'avoir trop atténué dans ses descriptions certains symptômes, tels que la dysphagie et la toux quinteuse (*Voir* dans le n° 31 du même journal la correspondance qui a été échangée à cet égard entre ces deux médecins). La réponse de M. Isambert consiste à dire qu'il importe de ne

pas confondre sous le titre commun de laryngite folliculeuse une maladie purement catarrhale, laquelle est alors toujours l'affection bénigne qu'il a décrite, et des laryngites folliculeuses compliquées ou symptomatiques qui peuvent, en effet, fournir des symptômes plus graves.

La question étant ainsi posée, nous voulons exposer ici, avec quelques détails, les idées nouvelles qui ont été développées à plusieurs reprises dans les leçons cliniques du médecin de Lariboisière.

La description des lésions anatomiques de l'angine glanduleuse est, pour le voile du palais et pour le pharynx, conforme à ce que tout le monde en a dit. Se ralliant à certaines vues de M. le professeur Lasègue, M. Isambert a notamment fait ressortir la grande analogie qui existait entre l'acné cutanée et l'angine folliculeuse du pharynx. Il est vrai que M. Lasègue (*Traité des angines*, chapitres *pharyngite catarrhale* et *acné du pharynx*) tout en faisant un rapprochement entre l'engorgement des petits follicules pharyngiens et celui des glandes sébacées de la peau ou des glandes des sillons muqueux du prépuce et de la vulve, a voulu établir une acné spéciale du pharynx siégeant sur les amygdales ou dans la fossette sous-amygdalienne, et présentant trois degrés : une forme papuleuse simple, une forme pustuleuse et une forme indurée avec concrétions calcaires. Cette acné coïnciderait souvent avec l'acné frontale. Selon M. Isambert, les faits présentés par M. Lasègue sont trop peu nombreux pour constituer une espèce, surtout si l'on songe à la fréquence considérable de l'acné cutanée, et ils répondent à un point de vue trop restreint. Pour lui cette notion anatomo-pathologique de l'acné de la gorge doit être plus généralisée, « et l'on peut dire que l'angine glanduleuse tout « entière n'est que l'acné du pharynx. Ce n'est pas seulement « dans la fosse sous-amygdalienne ou dans quelques concré- « tions des amygdales qu'il faut la chercher, c'est surtout sur « la paroi postérieure du pharynx, sur la luette et le voile « du palais ainsi que dans toute la partie supérieure du pha- « rynx et autour de la trompe d'Eustache. »

Il est une autre forme d'angine glanduleuse pharyngée

caractérisée, non plus par l'engorgement des glandes en grappe, formant des papules volumineuses, mais par un aspect chagriné de toute la muqueuse, aspect constitué par de petites papules très-nombreuses, très-rouges, très-rapprochées les unes des autres, et faisant de très-légères saillies. La muqueuse tout entière est le siége de l'inflammation et ressemble à une peau de chagrin à gros grains; elle est quelquefois humide, mais le plus souvent alors elle est assez sèche. Quel est le siége anatomique de cette forme particulière ? Est-ce une inflammation des cryptes muqueux ou une hypertrophie des papilles ou une hypertrophie des follicules clos du pharynx décrits par Kölliker ? Bien que la démonstration histologique n'en ait pas été donnée, c'est cette dernière manière de voir qui semble la plus vraisemblable. M. Alphonse Guérin (*Traité des maladies des organes génitaux externes de la femme*, Paris, 1864) interprète de la même manière la vaginité granuleuse avec laquelle cette forme présente une analogie d'aspect tout à fait frappante.

Quant au larynx, la plupart des auteurs ont admis sans hésiter qu'il existait aussi une laryngite folliculeuse analogue à la pharyngite dont nous venons de parler. Cette question semble pourtant douteuse à M. Isambert ; il reconnaît d'une manière générale que les éléments glanduleux du larynx sont susceptibles d'inflammation et d'hypertrophie, mais que si l'on veut y trouver des saillies papuleuses et surtout des glandes en grappes semblables à celles qui sont si visibles sur la paroi pharyngienne, on est étonné de ne pas les rencontrer dans les laryngites simples.

Nous parlons bien entendu du catarrhe simple et non pas des laryngites d'apparence catarrhale, mais qui, en réalité, sont symptomatiques d'affections générales diathésiques telles que la tuberculose, la scrofule ou la syphilis. Dans ces dernières il est en effet fréquent d'observer, soit sur les cordes vocales elles-mêmes, soit sur les aryténoïdes, soit sur les bandes ventriculaires ou la face postérieure de l'épiglotte, des papules, des bourgeons, des excroissances rappelant par leur forme les glandules hypertrophiées de la paroi postérieure du pharynx ou de la luette. Mais ces papules, qui

peuvent en effet être dues à une turgescence des glandules du larynx (bien que le fait n'ait pas été bien démontré encore par l'anatomie pathologique), on ne les trouve pas ordinairement dans le catarrhe simple, en dehors des influences diathésiques que nous venons de mentionner, et journellement chez des sujets atteints des pharyngites glanduleuses les plus évidentes, les plus animées, on constate que le larynx ne présente d'autres aspects que les suivants: rougeur avec quelques arborisations, quelques stries et un état dépoli des cordes vocales ; rougeur et tuméfaction des bandes ventriculaires, rougeur sombre et état sablé de la face postérieure de l'épiglotte : dans ce dernier endroit, l'inflammation des utricules glanduleuses n'est pas douteuse, mais ce qui est remarquable, c'est que les glandes en grappes si volumineuses de Morgagni restent indemnes, tandis qu'elles semblent se prendre de bonne heure dans la tuberculose du larynx.

Nous ne parlerons pas de la symptomatologie trop connue de cette maladie, bénigne en définitive malgré les cas graves cités par M. Demmler, où il y aurait eu des dysphagies spasmodiques (produites sans doute par quelques complications d'œsophagisme), et des toux quinteuses très-fatigantes, mêlées quelquefois d'hémoptysies légères. Il paraît probable qu'il s'agissait dans ce dernier cas d'angine glanduleuse symptomatique de tuberculose, bien que l'auscultation ne révélât aucun signe physique dans les poumons. Il faut, en effet, en présence de pareils symptômes, être très-réservé sur l'affirmation qu'il ne s'agit pas d'une diathèse tuberculeuse, bien que les signes thoraciques soient négatifs, et il faut attendre quelquefois plusieurs mois, et même plusieurs années, la confirmation d'un pareil diagnostic.

La partie importante et nouvelle de l'étude de l'angine glanduleuse est justement celle qui a rapport à son étiologie, à la lésion de la maladie locale avec les causes générales diathésiques, et enfin à la recherche des caractères objectifs qui pourraient permettre de diviser l'angine glanduleuse en variétés répondant à ces différentes diathèses, sans être obligé d'invoquer uniquement la coïncidence des états locaux avec les signes généraux de ces diathèses.

Or, sans parler de l'étiologie banale de l'affection qui nous occupe, refroidissements, abus de la parole, du chant, on doit reconnaître, en dehors des diathèses, deux irritants spéciaux qui produisent l'angine glanduleuse artificielle ; ce sont l'alcoolisme et le tabac. L'angine des fumeurs ou des priseurs n'offre rien de bien caractéristique ; mais celle des alcooliques se présenterait sous deux aspects différents, et peut-être y aurait-il une relation entre ces aspects et le genre de boissons alcooliques auxquelles s'adonnent les malades. Ainsi, chez les buveurs de vin, la muqueuse violacée, livide, serait sillonnée de vaisseaux variqueux ; chez ceux, au contraire, qui prennent surtout des liqueurs, elle serait sèche et présenterait une surface chagrinée qui rappelle la vaginite granuleuse. Quant aux caractères objectifs signalés par M. Isambert, à propos de certaines diathèses, ce sont : dans la tuberculose, une muqueuse présentant, sur un *fond pâle* parcouru par de fines arborisations vasculaires, des glandules d'un rouge plus ou moins vif ; dans l'arthritisme ou dans l'herpétisme non compliqués, on trouve de petites granulations rouges sur un fond rose vif présentant ordinairement un léger reflet opalin ; mais en cas de complication par l'usage des alcooliques ou du tabac, ces glandes acquièrent un degré considérable d'hypertrophie, et le fond de la muqueuse est d'un rouge plus ou moins foncé. Enfin, dans la scrofule, les glandules sont souvent ulcérées et la surface de la muqueuse mamelonnée, gaufrée et irrégulière, semée de dépressions dont le fond paraît lardacé.

Tels sont les points principaux qu'il nous a paru utile de faire ressortir au sujet d'une affection très-commune, et qui doit être désormais considérée sous un point de vue plus général, plus clinique, et plus fécond en résultats thérapeutiques.

Enfin, si l'on se préoccupe du rang que doit occuper désormais dans les cadres nosographiques la maladie dont nous venons de parler, nous reproduisons, pour terminer cet article, les paroles par lesquelles M. Isambert résumait la leçon clinique que nous avons citée. « L'angine glanduleuse est évidemment une détermination qui appartient en

commun à presque toutes les diathèses. Elle ne dépend d'aucune en particulier. Mais la banalité de cette coïncidence ne nous paraît cependant pas devoir faire refuser toute influence aux causes générales sur la production de l'angine glanduleuse; nous retrouvons ici l'application d'une loi que nous avons déjà énoncée dans de précédentes conférences : Les angines *localisées* ou *disséminées* sont *plutôt diathésiques que les inflammations uniformes et générales.*

« La comparaison de l'angine glanduleuse avec l'acné nous paraît aussi juste au point de vue de la pathologie générale que nous l'avons vue fondée pour la description anatomo-pathologique. L'acné cutanée est comme l'angine glanduleuse un élément commun à presque toutes les diathèses : arthritisme, herpétisme, syphilis, scrofule, etc., et à un grand nombre d'états généraux résultant soit de l'irritation du tube digestif, soit d'excès vénériens, etc. Quelle que soit la localisation de la petite lésion cutanée, on ne songe pas à contester l'influence réelle qu'exercent sur son apparition les causes générales que nous venons d'énumérer, et dont elle est l'expression commune, sauf quelques variétés de siége, de forme, que les dermatologistes admettent. Nous ne sommes pas encore aussi avancés pour l'angine glanduleuse que les dermatologistes le sont pour l'acné cutanée; mais bientôt, peut-être, trouverons-nous des caractères qui nous permettront de déterminer chaque espèce d'angine glanduleuses comme ils déterminent chaque variété de dermatose.

« Peut-être aussi le résultat d'une étude plus approfondie sera-t-il de rayer tout à fait l'angine glanduleuse du cadre des angines pharyngées comme nous avons rayé l'œdème de la glotte du nombre des laryngites ; l'œdème est un accident commun à la plupart des maladies chroniques du larynx, il ne constitue pas une espèce. Peut-être en dirons-nous bientôt autant de l'inflammation des glandules pharyngo-laryngées que l'on désigne sous le nom d'angine glanduleuse ou folliculeuse. » — Cette dernière conclusion nous paraît la plus probable, et sera sans doute celle que l'avenir justifiera.

---

# ANALYSES.

## Des inflammations purulentes de la caisse unies à la paralysie du nerf facial.

Par Jos. Gruber (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, 1873, 10).

Depuis que la clinique s'est aidée de moyens d'investigations plus précis par l'examen otoscopique des oreilles, la valeur pronostique et diagnostique des paralysies faciales a été complétement changée. Non-seulement on a cessé de considérer la paralysie du nerf facial accompagnée d'écoulement d'oreille comme un signe de carie du temporal, mais on s'est convaincu que les parois osseuses du canal de Fallope peuvent être complétement détruites par la carie, que la gaîne même du nerf facial peut être altérée par la suppuration sans qu'une trace de paralysie puisse être constatée sur le côté correspondant de la face (1).

Ainsi la paralysie du nerf facial ne doit plus être considérée comme un signe certain de la carie ou de la nécrose, et ne doit être envisagée que comme une fâcheuse complication.

L'auteur établit en même temps que la valeur pronostique de ces paralysies a bien diminué ; que depuis des années il a prouvé qu'elles peuvent être causées par de simples catarrhes de l'oreille moyenne, surtout chez des enfants délicats. Très-souvent elles dépendent d'un état congestif, et sont, comme cet état même, susceptibles de se dissiper rapidement, sans qu'on soit alors obligé d'admettre que cette heureuse terminaison est arrivée par la résorption d'un exsudat de l'oreille moyenne. L'auteur a observé fréquemment, chez des nourrissons atteints d'affections fébriles compliquées de maladies d'oreille, des paralysies momentanées du nerf facial. Celles-ci peuvent disparaître en peu de temps, sans que leur guérison soit nécessairement accompagnée de perforation de la mem-

(1) Voir Gruber. (*Ueber Caries des Shclæfebeins und des Gehörknöchelchen* (*Wiener Medicinal Halle*, 1873) et *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, cap. XI, 531.

brane du tympan. Dans un cas, la paralysie ne dura que 24 heures, et se dissipa par le seul fait de la diminution de la fièvre. Ces faits sont explicables par l'extrême vascularisation de tout l'appareil auditif et surtout des tissus de l'oreille moyenne chez les enfants.

Bien des cas de paralysies rhumatismales traités et diagnostiqués comme tels par des médecins non auristes, et guéris en peu de temps, doivent être rapportés à ces états de congestion, et si, dans ces circonstances, l'examen de l'oreille avait pu être fait, le traitement eût été tout autre.

Cet examen ne devrait jamais être négligé : on sait que l'absence de douleur du côté de l'oreille n'exclut nullement la possibilité d'une affection des organes de l'ouïe.

Lorsqu'une inflammation exsudative de l'oreille moyenne se produit, il peut arriver que, par suite d'une anomalie de la paroi osseuse de la portion horizontale de l'aqueduc de Fallope, l'exsudat formé dans la caisse comprime fortement le nerf facial et produise des symptômes de paralysie dans la moitié correspondante de la face. Ces symptômes disparaissent aussitôt que l'exsudat trouve une issue et que la compression du nerf facial cesse. Dans de pareils cas il ne serait pas impossible qu'une simple douche d'air, capable de déplacer l'exsudat, suffise pour faire disparaître aussitôt les signes de paralysie ; et à ce propos, il faut penser aussi que, dans certaines circonstances, l'emploi de la douche d'air pourrait produire une paralysie momentanée ou même persistante si, par exemple, la douche repoussait dans la caisse un exsudat formé dans la trompe en quantité assez grande pour comprimer le nerf facial.

L'auteur cite comme exemple l'observation suivante de paralysie causée par pression sur le nerf facial contenu dans un aqueduc de Fallope vraisemblablement défectueux.

Un homme de 61 ans, maître tailleur, de forte constitution, n'ayant eu d'autres maladies qu'un typhus il y a quarante ans, atteint depuis quelques jours de coryza, ressentit, en faisant un effort pour se moucher, une violente secousse dans l'oreille droite. A ce moment il crut entendre un bruit très-fort. Bientôt après il ressentit de fortes douleurs dans

l'oreille et la moitié de la face correspondante, et devint sourd ; en même temps il fut pris de fièvre et sept jours plus tard le nerf facial de ce côté fut paralysé.

L'examen du malade donna les résultats suivants : Le conduit auditif externe droit contient des masses de cérumen desséché. Après les avoir extraites, on constate que les tissus mous de l'oreille sont rouges et très-sensibles. Le tympan est fortement injecté à la périphérie, et à la partie centrale il est d'une couleur grise sale, en même temps le segment postérieur est fortement saillant en dehors, et toute la membrane est épaissie. Le cathétérisme permet de reconnaître que la trompe est obstruée et qu'une abondante collection existe dans la caisse.

Avant comme après l'emploi de la douche d'air le malade n'entend la montre qu'au contact du côté malade.

Du côté de la face on constate tous les signes d'une paralysie faciale, abaissement de l'angle de la bouche du côté droit, effacement du sillon naso-labial et des plis frontaux, occlusion incomplète des paupières, etc. L'oreille gauche est le siége d'un catarrhe de l'oreille moyenne de médiocre intensité, coïncidant avec un catarrhe du pharynx.

L'emploi réitéré de la douche d'air n'amena aucun changement, et voyant que le tympan était plus saillant à l'extérieur, on se décida à pratiquer la paracentèse de cette membrane, ce qui amena de suite un grand soulagement.

Après l'opération furent faites de temps en temps des injections d'eau tiède dans le conduit auditif, et bientôt le malade recouvra la sensibilité de la face et plus de liberté d'intelligence. L'examen permit, en effet, de constater la diminution de la paralysie, et après cinq jours de traitement, pendant lesquels il sortit beaucoup de pus de l'oreille, la paralysie avait complétement cessé ; un traitement ultérieur de deux mois rétablit complétement le malade.

Il est probable qu'il y avait chez ce malade anomalie du canal de Fallope, compression du nerf facial, si bien que la paralysie augmentait chaque fois que l'exsudat s'amassait dans la caisse ; dès que l'écoulement était rétabli, les symptômes de paralysie diminuaient.

D^r^ DANJOY.

## Morphologie de la trompe d'Eustache.

Par le professeur Gerlach.

(Comptes rendus de la Société médico-physique d'Erlangen, mars 1875.)

Après avoir injecté dans la carotide d'une petite fille de six mois de la gélatine et du bleu de Prusse, l'auteur plongea pendant quelques semaines tout l'appareil auditif dans un acide étendu ; il y fit ensuite un grand nombre de coupes verticales. Il découvrit ainsi une quantité considérable de follicules non-seulement dans la muqueuse, mais dans toute la portion cartilagineuse des trompes d'Eustache, depuis leur orifice pharyngien jusqu'à la portion osseuse. C'est à la partie moyenne de la portion cartilagineuse que les follicules sont les plus nombreux. A la base des follicules, et plongées dans le tissu cellulaire sous-muqueux, se trouvent des masses de glandes en grappe, dout les conduits excréteurs s'ouvrent soit dans l'intervalle des follicules, soit dans leur cavité. Les follicules de la muqueuse tubaire sont plus petits de moitié que ceux de la muqueuse du palais et des amygdales, mais occupent néanmoins presque toute l'épaisseur de la muqueuse. La paroi des follicules a une épaisseur de 0,3-0,4$^{mm}$; elle est formée de substance glandulaire conglomérée, nettement délimitée au dehors et recouverte en dedans d'une couche épithéliale. Dr Lévi.

---

## Expulsion de l'anneau tympanique avec une portion notable de l'écaille du temporal à travers le conduit auditif externe. Guérison.

Par le professeur J. Gruber. (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde.* No 9. 1874.)

Il y a quelques années déjà, le professeur Gruber avait publié dans la *Gazette médicale de Vienne* une observation d'expulsion de l'anneau tympanique à travers le conduit auditif externe. — Le malade, atteint d'une otorrhée profuse et d'une paralysie faciale, fut guéri de son écoulement et de sa paralysie; mais le conduit auditif fut complétement obturé

par du tissu cicatriciel. Dans le nouveau cas relaté par le même auteur, l'anneau tympanique tout entier, une notable partie de l'écaille du temporal et une petite portion de l'apophyse mastoïde furent éliminés. La malade, une enfant de 22 mois, du sexe féminin, avait été atteinte à 3 mois d'un exanthème syphilitique que lui avait communiqué sa nourrice. Le calomel à l'intérieur et des bains de sublimé firent rapidement disparaître cet accident. Cinq semaines après le commencement du traitement, l'oreille gauche devint le siége d'un écoulement purulent ; il y eut un commencement de paralysie faciale qui augmenta rapidement, fièvre et amaigrissement. Le conduit auditif se rétrécit de plus en plus par suite du collapsus des parties molles. Le 14 janvier 1874 on voit apparaître un petit corps irrégulier, noirâtre, dans le conduit auditif externe. Ce n'est que le 14 avril de la même année que la petite malade est examinée par le docteur Gruber, qui découvre un séquestre d'une longueur d'un centimètre et d'une épaisseur de deux millimètres. Ce séquestre, engagé dans une fente transversale qui se trouvait à la place de l'orifice externe du conduit auditif, fut saisi avec une pince et extrait assez facilement, malgré sa forme irrégulière. Comme les parties supérieures de l'anneau tympanique se soudent plutôt à l'écaille que l'écaille à la pyramide, l'anneau forma corps avec l'écaille et celle-ci se sépara de la pyramide. Le conduit auditif est rempli de granulations et d'une suppuration fétide ; on le nettoie avec de l'eau phéniquée et on y introduit une mèche de charpie. — Sirop d'iodure de fer à l'intérieur. — Au bout de deux mois la suppuration a presque complétement cessé ; le conduit auditif externe s'est notablement rétréci ; la paralysie faciale persiste ; dilatation progressive au moyen de bougies en laminaria, bains iodés ; au bout d'un mois on ne découvre plus trace de suppuration. La paralysie faciale est moins prononcée, l'état général excellent. Dr Lévi.

---

## Délivrance par le chloroforme de vers introduits dans les fosses nasales.

Par Juan J. Diaz.

(Extrait de la *Revue médico-chirurgicale* de Buenos-Ayres, 23 juin 1875.)

Nous voulons appeler l'attention sur l'emploi du chloroforme contre les larves des fosses nasales dont s'est servi le docteur Gonzálès Garano dans une maladie de sa pratique civile.

La femme qui fait l'objet de cette observation se nomme Marguerite F....., âgée de 29 ans, mariée, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez bonne, et qui n'avait eu aucune maladie antérieure à celle qui fait l'objet de ce récit. Celle-ci se manifesta par de la céphalalgie, des douleurs lombaires et de la fièvre ; cet état l'obligea à garder le lit, un peu préoccupée, parce qu'elle se trouvait dans le neuvième mois de sa grossesse.

Le docteur Gonzalès Garano, qui vint la visiter, constata que tout le corps était couvert d'une éruption, laquelle, avec le cortége des symptômes généraux, devait faire admettre une variole qui, dans ces conditions spéciales, devait être rapidement grave.

Dès le second jour les symptômes de l'accouchement se manifestèrent, et la femme mit au monde un enfant bien portant. Après la chute du placenta il se produisit une hémorrhagie qui ne pouvait avoir d'autre cause que l'altération du sang, et qui se reproduisit le jour suivant. Heureusement ces symptômes graves cessèrent bientôt. On administra du sulfate de magnésie, du quinquina et du vin.

La variole était dans la période de décroissance, lorsqu'une mouche vint déposer sur les narines ses œufs qui donnèrent naissance à des larves.

Le docteur Gonzalès Garano constata de la fièvre, le visage bouffi, la voix altérée, un mal de tête violent, un écoulement sanguinolent par les fosses nasales, et aperçut un ver à l'ouverture des narines, il prescrivit des injections avec une solution de bichorure de mercure et d'acide phénique dans de la glycérine.

Le jour suivant, le médecin, qui s'attendait à trouver la ma-

lade bien, constata un état si alarmant, qu'il crut qu'elle allait mourir. Il prescrivit des insuflations de calomel et des injections d'eau salée, se rappelant que c'est ainsi que l'on procède pour les sangsues qui meurent aussitôt dans le liquide. Il n'obtint pas le même résultat. Au contraire, les insectes irrités produisaient de plus vives douleurs.

Le docteur Garano se rappela alors que le chloroforme avait été employé comme vermicide.

Les inhalations de chloroforme eurent pour résultat de faire sortir en cinq minutes à peu près 70 larves, et de donner un soulagement notable à la malade. Comme il n'était pas prudent de prolonger les inhalations, on ordonna des injections de glycérine et de chloroforme, ce qui chaque fois fit sortir encore quelques larves. Le jour suivant on renouvela les inhalations, ce qui eut pour résultat de débarrasser complétement la malade de tous les animalcules. Elle ne souffrit plus que des lésions qu'ils avaient produites.

L'effet du chloroforme parut tellement surprenant, que le docteur Gonzalès Garano, voulant se rendre compte de l'effet de ce médicament, fit avec le docteur Catelin les expériences suivantes :

L'insecte producteur de ces larves était la mouche carnassière qui en est l'insecte parfait.

Cette mouche produit les œufs qui deviennent des larves, lesquelles se développent avec une telle rapidité, qu'en trois heures elles atteignent le triple de leur volume, et qui se convertissent en insectes.

Elles ont 12 anneaux et 12 à 15 millimètres de longueur. Sur la partie médiane de la tête on remarque une proéminence cornée munie d'une ouverture qui est la bouche. C'est cette partie qui perfore les tissus. L'insecte placé dans un milieu sec et obscur se convertit en chrysalide ; s'il se trouve dans un milieu humide et agréable, il ne subit pas cette métamorphose, mais se multiplie, comme cela eut lieu dans les fosses nasales.

Comme les insectes recueillis n'avaient pas péri par l'action du chloroforme, M. Gonzalès put les observer dans leur développement. Il les plaça sur un morceau de viande ; aus-

sitôt ils y pénétrèrent. Il plaça le morceau de viande sous une cloche et y introduisit à l'aide d'un tube des vapeurs de chloroforme. Les insectes avaient à peine subi pendant deux minutes l'action du chloroforme qu'ils commencèrent à sortir, et à exécuter une série de mouvements comme s'ils éprouvaient une sorte d'excitation semblable à celle qu'éprouve un organisme humain. Ils eurent quelques oscillations, et après quatre minutes ils étaient complétement endormis. Au bout de dix minutes, ils se réveillèrent. La même expérience avec de l'éther donna des résultats plus lents.

Sur un autre morceau de viande dans lequel un certain nombre d'insectes avaient pénétré, on répandit de la poudre de calomel en suffisante quantité. Les insectes restèrent dans le morceau de viande et ne périrent pas après avoir été assez longtemps en contact avec le calomel.

Ces expériences si concluantes démontrent que le chloroforme agit sur les insectes comme anesthésique. En faisant respirer du chloroforme on forme dans les fosses nasales une atmosphère impropre à la vie ; l'insecte, à cause de son faible organisme, est de suite anesthésié, et, privé de vie momentanément, il est entraîné au dehors.

Il n'en est pas de même quand on fait des injections mercurielles ou phéniques. L'insecte, au contact de ces substances, s'irrite et cherche à les éviter, et dans un instinct de conservation déchire les tissus et y pénètre.

Les vapeurs de chloroforme, d'une odeur agréable et très-diffusible, déterminent rapidement une anesthésie de la muqueuse nasale qui soulage les malades.

---

## Plomb fondu versé par une femme dans l'oreille de son mari.

Par le Dr Schelle, de Philadelphie. (Extrait du *Journal américain des Sciences médicales.*

Le 23 juin 1874, un Irlandais, âgé de 55 ans, entra au dispensaire de l'hôpital de Sainte-Marie, dans la section des maladies des yeux et des oreilles. Il raconta que trois jours auparavant il

était rentré fatigué de sa journée et s'était étendu et assoupi. Pendant qu'il avait les yeux fermés, sa femme lui avait versé du plomb fondu dans l'oreille.

Fou de douleur, il bondit, secoua la tête, et une petite quantité de plomb tomba à terre. Comme preuve de son récit il apportait un peu de plomb dans un morceau de papier. La peau du pavillon de l'oreille était complétement brûlée et l'oreille était pleine d'une humeur abondante. On apercevait à peine quelques lambeaux de la membrane du tympan, une substance au reflet métallique remplissait le fond du conduit auditif. Dans cette masse on reconnaissait une partie du manche du marteau.

Il y avait une paralysie complète du nerf facial du côté droit, et le malade avait constaté la déviation de la bouche deux ou trois minutes après avoir ressenti la douleur. Le sens du goût était émoussé du côté droit de la langue, et la bouche elle-même était plus sèche de ce côté. Il ne semblait pas au malade qu'il eût plus de difficultés pour avaler, cependant la luette était déviée du côté gauche. Il se plaignait de vertiges incessants, et disait que parfois il lui semblait tourner.

Cette oreille, qui avait été bonne jusqu'alors, était complétement sourde, le diapason placé sur la tête et sur les dents n'était entendu que du côté gauche. L'oreille gauche était sourde depuis plusieurs années; la membrane du tympan était entière, mais épaissie et opaque. La voie aiguë était entendue seulement tout près de l'oreille. Il n'y avait pour ainsi dire pas de troubles généraux.

M. Schelle essaya de prendre la masse de plomb avec des pinces et de l'arracher par un mouvement de torsion; mais après plusieurs tentatives il dut y renoncer, la pince glissait sur la masse métallique.

Le 24 juin, en cherchant à déplacer le plomb, il s'en détacha une parcelle pesant un grain et un quart.

Le 26, il s'en détacha un second morceau du même poids.

Le 30, le canal osseux est dénudé dans toute la longueur; écoulement abondant; à l'orifice, un fragment de périoste qu'on ne peut extraire. On se borne à faire des injections de propreté.

14 juillet. Des granulations entourent la courte branche du marteau.

21. Le manche du marteau est caché par les granulations.

Le 21 août, le plomb est tout à fait caché par les granulations;

on peut le déplacer un peu avec des pinces ; on fait une application d'acide chloro-acétique ; mais le vertige devient plus fort et augmente encore vers le soir.

Le 7 septembre, le malade est très-faible, le pouls petit; les étourdissements sont très-fréquents ; la pupille normale, on prescrit des toniques.

Le 14, mieux ; le vertige ne se produit plus que lorsque le malade est debout et lorsqu'il marche.

Le 14 novembre, amélioration : vertige moins fatigant. Les muscles de la face sont peu sensibles au courant galvanique ; le malade se trouve mal aussitôt qu'on en fait l'application.

Le 23 février 1875, l'ouverture du conduit est rétrécie par un tissu cicatriciel, au fond on aperçoit le plomb. Deux incisions sont pratiquées pour élargir le conduit, et la masse entière du corps étranger est extraite. Elle pèse 18 grains et demi. Le manche du marteau est en partie scellé dans la masse. La base représente assez bien la forme du tympan. Un prolongement cylindrique représente la trompe d'Eustachi.

26. Il y a encore un peu d'étourdissement, le malade peut entendre la voix aiguë à l'oreille, mais il ne distingue pas les paroles.

Le 30 avril, l'oreille droite est sèche ; la membrane du tympan s'est reproduite. Elle a la teinte d'une perle, elle est formée par de la peau.

Les muscles de la face ne sont pas sensibles au courant électrique, le malade se trouve mal à chaque application. Pas d'amélioration du goût. La déviation de la bouche est la même, même sécheresse. Le malade perçoit les bruits par l'oreille droite, mais le diapason appliqué sur la tête et sur les dents n'est entendu qu'à gauche. Le malade est moins étourdi.

Le peuple considère généralement le conduit auditif comme un passage qui conduit directement au cerveau, organe de la vie. Cependant il est juste de dire que la femme du malade montrait une grande indignation en parlant des accusations de son mari. Elle affirmait qu'il était rentré ivre à la maison et qu'après s'être querellé avec elle il avait saisi la théière pour la lui lancer, mais qu'elle lui avait relevé le bras, et qu'une partie de la soudure du métal, qui était fondue, lui était tombée dans l'oreille.

Le lambeau de périoste qui avait résisté à plusieurs tentatives d'extraction avait évidemment été détaché et poussé au de-

hors par les granulations qui formaient le tissu de nouvelle formation.

L'état de l'oreille gauche et ce qui s'était passé prouvaient que la droite était la seule bonne. Il est probable que lorsque le plomb a été introduit, la membrane du tympan était intacte, mais qu'elle a été instantanément détruite par la chaleur du plomb, qui a été assez forte pour désorganiser le nerf facial placé dans l'acquedue de Fallope, détruire la corde du tympan et permettre au métal de s'introduire dans la trompe d'Eustachi, comme il en portait l'empreinte.

Le nerf auditif a été complétement paralysé, mais il a recouvré au bout de quelque temps une partie de sa sensibilité. Il y avait à la partie interne de la masse métallique une petite saillie qui correspondait à la place de la fenêtre ronde, mais il n'était pas permis de supposer que la seconde membrane du tympan ait été percée. Il y avait une dépression représentant le promontoire, et la chaleur avait été bien suffisante pour se propager au liquide de Cotugno et détruire la membrane de Corti.

Les rampes du limaçon, plus éloignées du foyer calorique, ont été moins atteintes et ont eu quelques chances de recouvrer leur fonction.

Il ressort des expériences de Bottcher (de Dorpat) que le vertige peut souvent être attribué à un trouble de la fonction des canaux demi-circulaires ; il dépendait probablement chez le malade de l'irritation du périoste de l'oreille moyenne et de l'état de faiblesse extrême qui avait nécessité l'usage des toniques.

---

## Observation de vers vivants dans le conduit auditif externe.

par le Dr Jules Mascarel, médecin consultant aux eaux thermales du Mont-Dore.

Un cultivateur, âgé de 45 ans, peu soigneux de sa santé, était atteint depuis huit jours d'un léger écoulement de l'oreille gauche consécutif à un abcès, lorsque, par une chaude et orageuse journée du mois d'août, il s'endormit dans un fossé pendant environ deux heures. Quelques jours après il ressentit des bourdonnements et une démangeaison vive accompagnée de surdité. Ce fut alors, huitième jour après le sommeil passé dans le fossé, que cet homme se présenta à mon examen. Quel ne fut

pas mon étonnement, lorsqu'en explorant à peine le conduit auditif de cet homme, j'aperçus une masse de vers blancs du volume de la pointe d'un fuseau, *grouillant* les uns sur les autres avec une grande vivacité. Ces vers volumineux ayant atteint leur complet développement, il me fut facile à l'aide d'une curette de les extraire. Quinze à seize asticots furent successivement retirés sans difficulté. Malheureusement le tympan était perforé, et des injections, émollientes d'abord, détersives, ensuite, firent peu à peu disparaître l'écoulement de l'oreille; mais l'ouïe resta faible de ce côté, sans bourdonnements.

Notre distingué confrère nous permettra d'ajouter quelques lignes à son intéressante observation. Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater la présence de larves dans l'oreille de malades atteints d'otorrhée.

Il y a quelques jours encore, nous avons été appelé à donner des soins à un malade qui dirige une des principales fonderies du vice-roi d'Égypte et dont la santé avait été très-éprouvée par le climat d'Afrique. C'est probablement sous l'influence d'un état général mauvais qu'il avait été atteint d'une otorrhée, qui depuis un an résistait à tous les traitements et s'accompagnait de vertiges. Quelques semaines avant son arrivée à Paris, il avait extrait de son oreille par une injection trois asticots de la grosseur d'un grain de blé, et il les avait conservés dans de l'alcool.

Il faut conclure de ces faits: qu'on ne saurait trop recommander aux malades atteints d'otorrhée des soins de propreté minutieux;

Que les injections prescrites par Yearsley et par quelques auristes sont absolument nécessaires et doivent être pratiquées plusieurs fois par jour;

Enfin, qu'il faut toujours prescrire aux malades de tenir les conduits auditifs fermés à l'aide d'un peu de coton.

L. DE L...

---

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1201, 9-5.)

*Le Gérant* : G. MASSON.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

## CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES LÉSIONS INTRA-CÉRÉBRALES DE LA SURDI-MUTITÉ.

par M. le Dr **J. Luys,** médecin de la Salpêtrière.

Les détails d'anatomie pathologique que nous allons exposer dans les deux observations qui suivent tirent leur intérêt des régions spéciales du cerveau où ils ont été signalés, ainsi que des données nouvelles qu'ils sont destinés à fournir sur le parcours intra-cérébral des impressions auditives.

Pour rendre plus claire leur signification, au point de vue de l'évolution de ces mêmes impressions à travers les régions centrales du système nerveux, il nous paraît indispensable de donner quelques mots d'explication sur ces régions centrales qui sont normalement en rapport avec la transmission des impressions auditives, ainsi que sur les voies à l'aide desquelles elles se propagent, depuis leur point d'émergence des réseaux périphériques des nerfs auditifs, jusque dans les réseaux de l'écorce cérébrale où elles vont définitivement s'amortir.

Dans mes premières recherches sur le système nerveux, qui remontent à l'année 1865, j'ai essayé de donner une sorte de synthèse de l'organisation des fibres du système nerveux cérébro-spinal.

J'ai aussi essayé d'établir, qu'au point de vue des fibres centripètes, irradiées des régions sensitives de tout l'organisme, les couches optiques jouaient le rôle d'un appareil centralisateur; — qu'elles recevaient dans leurs réseaux l'ensemble des irradiations de la sensibilité générale et spéciale; — et que d'un autre côté, à l'aide de fibres cérébrales blanches qui émergent de leur masse sous forme de rayons divergents, allant s'éparpiller dans les différentes zones de l'écorce cérébrale (fibres de la couronne rayonnante de Reil), — elles se trouvaient en rapport avec ces différentes régions de l'écorce, comme on voit, par exemple, le moyeu d'une roue se trouver rattaché à la circonférence de cette roue à l'aide des rayons multiples qui les rattachent l'un à l'autre.

J'ai montré, en outre, que le tissu des couches optiques était segmenté en une série de petits amas de substance grise, indépendants les uns des autres et formant comme un amas de petits centres isolés; — et qu'ainsi constituées, les couches optiques représentaient, au point de vue anatomique, de véritables ganglions nerveux conglomérés, recevant, à l'aide des fibres afférentes centripètes, le contingent des impressions sensorielles irradiées du dehors; — et à l'aide des fibres efférentes, (fibres blanches cérébrales) dispersant ces mêmes impressions dans les différentes régions de la périphérie corticale.

Au point de vue purement physiologique, les conséquences de ces connexions intimes des fibres afférentes et des fibres efférentes, avec les couches optiques, permettent de tirer les conclusions suivantes :

Les couches optiques, avec leurs petits noyaux isolés de substance grise, constituent un lieu de passage et de concentration pour les différentes catégories d'impressions sensorielles.

Ces mêmes impressions, sous forme d'ébranlements, sont reçues d'une façon indépendante dans chacun de ces différents noyaux. — Elles sont modifiées, *animalisées* en quelque sorte, par l'action métabolique propre du milieu qu'elles tra-

versent, et de là, sous une forme nouvelle, dardées isolément dans les différentes aires de la périphérie corticale, destinées particulièrement à leur élaboration.

C'est ainsi que les impressions olfactives paraissent particulièrement avoir leur champ de dissémination dans la substance grise de l'hippocampe et des circonvolutions environnantes, ainsi que Treviranus l'a déjà signalé, et ainsi qu'il ressort des recherches de l'anatomie comparée, qui montrent dans le cerveau des vertébrés un rapport constant entre le développement des nerfs olfactifs et celui des circonvolutions de l'hippocampe.

Les impressions visuelles, d'après l'inspection des fibres qui émergent du centre moyen, paraissent se disséminer dans les régions antéro-latérales du cerveau. Les sensitives, d'un autre côté, d'après l'inspection du centre médian, semblent particulièrement réparties dans les régions médianes de l'écorce cérébrale (1).

Enfin, les impressions auditives paraissent avoir pour champ de distribution terminale les régions postérieures des lobes cérébraux, ainsi qu'il résulte de l'examen direct des régions postérieures des couches optiques avec les régions correspondantes de chaque lobe.

J'ai donc été, par la suite naturelle de mes études, amené à localiser le lieu de passage intra-cérébral des impressions auditives dans le noyau postérieur de chaque couche optique, et à considérer les régions postérieures de l'écorce cérébrale comme étant le lieu d'amortissement ultime où ces mêmes impressions sont définitivement perçues.

Ces données purement théoriques ont été pendant un certain temps dépourvues de la consécration de l'anatomie pathologique, quoique j'aie pu relever des cas, entre autres celui de la célèbre observation de Hunter (2), dans lesquels

(1) Voir Luys, *Iconographie photographique des centres nerveux*, 1874. — J, B. Baillière. Planches 3, 4 — 6, 7.

(2) *Transactions médico-chirurgicales*. — Londres, 1825, part. I, p. 88.

la surdité a été notée d'une façon concomitante avec une destruction plus ou moins profonde de la couche optique.

Néanmoins, j'étais désireux de rechercher si dans le cerveau d'individus privés depuis longtemps de la faculté de percevoir les impressions auditives, chez les sourds-muets de longue date, je ne rencontrerais pas des lésions nettement localisées, dans les points indiqués par moi à l'avance comme étant le lieu de passage intra-cérébral des impressions auditives.

Pendant mon séjour comme médecin à Bicêtre, je dus à l'obligeance de MM. Voisin et Liouville la bonne fortune de pouvoir faire une autopsie de sourd-muet, qui vint mettre en lumière les données que je viens d'avancer et leur prêter l'appui d'une démonstration anatomique.

Il s'agit d'un homme de 72 ans, le nommé Hulot (2e division), qui lors de son admission à l'infirmerie était depuis trois ans à l'hospice. Cet homme, sourd-muet de naissance, paraissait très-intelligent, à en juger par son regard, et se faisait facilement comprendre à l'aide de signes. Il passait sa journée à lire les livres qu'on lui prêtait, et répondait couramment, en écrivant sur une ardoise, à toutes les interrogations qu'on lui faisait. Au dire des personnes qui le connaissent, il avait été élevé dans une maison d'éducation spéciale. Il était venu à pied à l'infirmerie pour se faire traiter d'une bronchite qui se compliqua bientôt de pneumonie mortelle.

A l'autopsie on trouva le cerveau avec sa configuration régulière en apparence. Les méninges ne présentaient rien d'anormal au point de vue de l'épaisseur et de la vascularisation. Le cerveau reposant sur sa base fut ensuite examiné méthodiquement à l'aide d'une série de coupes horizontales dirigées de haut en bas.

Après avoir ainsi sectionné la substance blanche des lobes cérébraux, puis celle de la voûte du corps calleux, et enlevé la voûte à trois piliers, je constatai que dans les régions postérieures et internes de l'écorce (*fig.* A, 3, 3'), dans ce groupe de circonvolutions désignées sous le nom

de coin, il y avait un certain nombre d'entre elles, qui, dans un espace limité, étaient notablement atrophiées, vascularisées plus que de coutume, d'une coloration jaunâtre, d'aspect colloïde et œdématiées; je constatai, en outre, que les régions homologues de chaque lobe étaient simultanément intéressées, avec cette particularité toutefois, que la dégénérescence était beaucoup plus accusée du côté gauche.

Outre ces altérations, qui intéressaient plus particulièrement la substance corticale grise, une lésion de même provenance occupait simultanément le paquet de fibres blanches, fasciculées, qui relient les circonvolutions du coin aux régions postérieures de la couche optique (*fig.* A, 5).

Ainsi, ce paquet de fibres était interrompu par un tractus de tissu grisâtre dirigé transversalement, à bords irréguliers, et constitué par des fibrilles de tissu conjonctif, dérivant directement d'un épaississement de la névroglie. Ce tissu était constitué par des fibrilles très-délicates, enchevêtrées, et contenant dans leurs mailles un nombre considérable de corpuscules amyloïdes.

Les couches optiques droite et gauche avaient leur volume normal. Les noyaux antérieurs, moyens, médians, nous ont paru avoir leur configuration régulière. Seulement les deux régions postérieures de chacune d'elles, correspondant au point d'immersion des fibres de la commissure postérieure, étaient grisâtres, mollasses, infiltrées de sérosité, à tel point qu'elles avaient un caractère de substance colloïde des plus manifestes. En ce point (*fig.* A, 3, 3') les éléments de la névroglie, considérablement développés, s'étaient en quelque sorte substitués à la substance nerveuse, et remplissaient tout le vide que celle-ci y avait laissé. On trouvait dans leurs mailles un très-grand nombre de corpuscules amyloïdes.

La substance grise entourant le pourtour de l'aqueduc de Sylvius, et qui est en continuité de tissu avec celle du quatrième ventricule, était frappée de la même dégénérescence (*fig.* C). On rencontrait dans ces régions le même développement excessif des éléments de la névroglie avec corpuscules amyloïdes. Au niveau du quatrième ventricule, l'examen des nerfs

acoustiques fit constater que ces nerfs étaient encore apparents comme troncs nerveux ; seulement, ils s'épuisaient rapidement à la surface du quatrième ventricule en fibrilles vagues, grisâtres, œdémateuses. Le point d'implantation du nerf acoustique sur les parois du quatrième ventricule présentait pareillement à la coupe transversale de la région une nuance grisâtre, colloïde, riche en corpuscules amyloïdes, et tout à fait comparable à celle que nous avions notée dans les régions précédentes.

La substance grise des corps striés, examinée à l'aide de tranches minces, ne nous a pas présenté de trace bien apparente de lésions.

Celle du cervelet, de la protubérance, pareillement passées en revue, ne nous ont offert aucune particularité notable à signaler.

Dans la seconde nécropsie de sourd-muet que jusqu'ici j'ai eu occasion de faire, j'ai rencontré des lésions très-analogues, occupant les mêmes circonscriptions cérébrales et beaucoup moins accusées, attendu l'âge peu avancé auquel avait succombé le sujet qui a fourni cet exemple.

Le malade en question appartenait au service de M. Ladreit de Lacharrière, qui a bien voulu me convier à venir avec lui faire l'examen du cerveau. Il s'agissait, en effet, d'un jeune sourd-muet de 14 ans, albuminurique, ayant succombé à une péritonite tuberculeuse.

Le cerveau, dépouillé de ses enveloppes, qui ne présentaient aucune altération appréciable à l'extérieur, fut étudié dans les mêmes conditions que le précédent, à l'aide de coupes horizontales pratiquées méthodiquement de haut en bas, les unes au-dessus des autres.

Nous constatâmes ainsi une légère atrophie de l'écorce cérébrale, occupant les régions postérieures de chaque côté. Une circonvolution était déjà tellement atrophiée, que son épaisseur était réduite à un millimètre.

La teinte générale de l'écorce cérébrale dans ses régions interne et postérieure était bistrée, principalement dans les

zones profondes. Ces lignes bistrées dépendaient d'hypérémies partielles. On rencontrait, en effet, dans ces points hypérémiés ces mêmes dilatations variqueuses des vaisseaux avec tiraillement de la paroi, que l'on trouve si communément dans les circonvolutions hypérémiées de la paralysie générale, et qui indiquent que la sclérose interstitielle s'est propagée aux parois des capillaires, en les tiraillant, et en maintenant ainsi leur lumière béante.

Les deux couches optiques présentaient un aspect en apparence régulier. Seulement, au niveau des régions postérieures, leur tissu était abondamment pourvu de dilatations vasculaires comme variqueuses, produites par le même mécanisme intime que celui que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire par l'épaississement scléreux de la névroglie interstitielle. Ce processus morbide de l'hyperplasie des éléments de la névroglie était en outre confirmé par un épaississement notable occupant les parois du troisième ventricule, au pourtour surtout de l'orifice de l'aqueduc de Sylvius; cette région était comme infiltrée de sérosité et œdémateuse.

Au niveau du quatrième ventricule, les fibres acoustiques étaient encore apparentes; seulement, au point de leur implantation, elles étaient d'un blanc grisâtre, et infiltrées de sérosité. La région du bulbe et des olives était très-ferme, très-résistante à la coupe, et comme légèrement atteinte de sclérose.

Nous ne trouvâmes rien de bien notable à signaler, soit dans l'examen des corps striés, soit dans l'examen du cervelet et de la protubérance.

Ces deux nécropsies, quoique forcément incomplètes, au point de vue de l'examen intime des différentes régions des centres nerveux, offrent cependant, eu égard à la pénurie des matériaux actuels, certaines données qui pourront être utilisées au point de vue des recherches ultérieures.

1° Elles permettent de préjuger dans une certaine mesure, quelles sont les régions de l'écorce cérébrale vers lesquelles sont dirigées les impressions auditives dans leur dernière

phase d'évolution. Elles semblent montrer que ce sont les régions postérieures et internes, les circonvolutions du coin qui ont ce privilége ; et que les lobes postérieurs, qui sont si particulièrement développés dans l'espèce humaine, paraissent, en raison de l'abondance des éléments de substance grise qu'ils renferment, jouer un rôle prépondérant dans la perception des impressions auditives, et par suite dans l'évolution des phénomènes du langage articulé.

2° Elles font voir le rôle important que les régions postérieures de la couche optique sont appelées à jouer dans la propagation des impressions auditives, puisque la suspension de la fonction physiologique de l'audition s'accompagne de leur dégénérescence.

3° Elles font voir encore l'indépendance fonctionnelle des différents territoires de l'écorce cérébrale, et comment certaines régions peuvent être isolément intéressées, alors que les régions congénères continuent à vivre et à fonctionner d'une façon indépendante ; — et, d'un autre côté, elles démontrent du même coup combien certains appareils de l'organisation cérébrale sont intimement solidaires entre eux, puisque, dans ces deux exemples, nous voyons les régions postérieures de l'écorce et les régions homologues de chaque couche optique entraînées simultanément dans la même dégénérescence.

4° Elles nous montrent, enfin, combien le processus morbide, qui était arrivé chez notre premier sujet à son summum de développement, est lent à se produire, et combien dans ces deux cas ce sont les éléments intimes de la névroglie qui jouent le rôle principal dans le travail de désorganisation qui se prononce.

C'est tout d'abord un travail de prolifération local qui s'accentue dans la trame intime du tissu nerveux, sous forme d'ilots sclérosiques péri-vasculaires. — Puis, peu à peu, ce travail de néoplasie s'avance et s'accentue insensiblement. Il gagne du terrain de proche en proche, et finit, comme dernier terme de son évolution destructive, par étouffer tous les éléments nerveux de la région et se substituer à leur place.

## EXPLICATION DES FIGURES.

### Figure 1.

Coupe horizontale du cerveau passant immédiatement au-dessus des tubercules quadrijumeaux, au niveau de la commissure blanche postérieure et faisant voir les parties intéressées.

1 — 1′ — Noyaux extra-ventriculaires des corps striés.

2 — 2′ — Couches optiques.

3 — 3 — Régions postérieures des couches optiques envahies par la dégénérescence scléreuse.

4° — Noyaux scléreux sous forme linéaire, plongeant au milieu des fascicules convergents postérieurs et les interrompant dans leur continuité.

5 — 5′ — Fascicules convergents postérieurs.

6 — 6′ — Régions de l'écorce cérébrale intéressées par la dégénérescence scléreuse.

Ce sont les régions cunéiformes postérieures qui sont envahies, principalement dans les points qui correspondent au liseré de Vicq-d'Azyr.

### Figure 2.

Portion de l'écorce cérébrale des régions précédentes grossie à la loupe. — On note la coloration jaunâtre et grisâtre à la fois, comme gommeuse, de la substance corticale. — On note en même temps l'atrophie par place, et une série d'hypérémies partielles.

### Figure 3.

Fragment de substance scléreuse appartenant aux régions postérieures des couches optiques. — On note l'existence d'un lacis fibrillaire très-accusé, ainsi que celle de corpuscules amyloïdes en très-forte proportion.

---

# CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES LARYNGOPATHIES PENDANT LES PREMIÈRES PHASES DE LA SYPHILIS.

Par le docteur **Krishaber**, et le docteur **Mauriac**, médecin de l'hôpital du Midi.

## DEUXIÈME PARTIE

*(Suite et fin.)*

### Section II. — *Symptômes et processus.*

#### I

Les symptômes qui se rattachent aux premières manifestations laryngées de la syphilis relèvent nécessairement des fonctions de l'organe. Comme segment des voies aériennes, le larynx, — nous l'avons déjà dit, — est à peine ou n'est point atteint ; mais il en est tout autrement de l'organe en tant qu'instrument vocal.

Dans les périodes avancées de la syphilis, alors que les lésions sont profondes, les troubles de la voix ont un caractère de constance et d'uniformité tout particulier. C'est alors que l'on constate, surtout lorsque à côté de la syphilis l'abus des alcooliques et du tabac prennent leur part à la formation de la raucité, cette voix particulière qui a été si énergiquement stigmatisée sous le nom de *voix crapuleuse*. Elle est produite par de véritables efforts phonétiques d'un larynx malade : l'individu fait vibrer les lambeaux plus ou moins cicatrisés de ses cordes vocales et produit des sons d'une certaine intensité, mais très-peu harmonieux, qui lui tiennent lieu de voix. Ce n'est pas de la même façon que se passent les choses dans les premières phases de la syphilis : quand l'habitude des efforts vocaux n'a pas été encore prise, l'enrouement chez ces individus se rapproche bien plus de la dysphonie simple non syphilitique.

## II

Ces troubles vocaux, tout en étant persistants, ne sont pas uniformes; différents selon les cas, ils varient aussi sur le même individu, non-seulement suivant le degré d'intensité des lésions laryngées, mais aussi en raison de certaines influences plus ou moins faciles à déterminer, et qui font que le même malade peut, dans la même journée, présenter des troubles vocaux très-différents. Aphone le matin, il peut récupérer une partie de sa voix au milieu de la journée, pour parler encore plus distinctement le soir, ou pour perdre sa voix au contraire de nouveau, comme le matin. Ce cycle se renouvelle le lendemain, mais peut-être avec un type tout différent, comme il peut se faire aussi que pendant plusieurs jours le trouble vocal affecte une certaine constance. En face de cette variabilité, on ne s'étonnera pas si nous trouvons quelque peu artificielles les descriptions qui ont été données des altérations de la voix dans la période de la syphilis qui nous occupe. M. Diday décrit une aphonie secondaire qui, pour lui, a des caractères spéciaux. M. Ferras va plus loin encore; il fait de véritables divisions, nettement tranchées, et décrit isolément les troubles de la voix, suivant que sont altérés le timbre, le diapason, la souplesse et l'intensité de l'organe. Mais en quoi ces description sont-elles plus applicables aux laryngites syphilitiques qu'aux laryngites simples, tuberculeuses ou exanthémateuses? L'auteur a-t-il réellement observé l'altération de la voix sur le timbre ou le diapason, sans qu'en même temps la souplesse et l'intensité fussent altérées, et *vice-versâ?*

Nous comprendrions qu'en traitant de la physiologie pathologique du larynx en général, on fût amené à l'analyse de tous les troubles qu'affecte chacun des éléments physiques de la voix, et cette description trouverait incontestablement sa place dans un traité complet des maladies du larynx. Mais lorsqu'il s'agit d'une seule forme déterminée, il faudrait, pour qu'une analyse aussi minutieuse se trouvât justifiée, pouvoir affirmer que l'altération n'atteint dans tel et

tel cas, que tel et tel caractère de la voix, à l'exclusion de tous les autres, et ce n'est certes pas ce que l'on peut affirmer dans la syphilis. M. Ferras, qui s'attaque très-judicieusement aux divisions artificielles de ses devanciers, et on ne saurait lui donner assez raison en cela, se rend cependant coupable lui-même d'une division non moins artificielle et inapplicable aux faits, division qui constitue une richesse toute d'apparence et absolument illusoire. Tout ce que l'on peut dire, en se bornant à une sobre appréciation du phénomène morbide, c'est que la voix est altérée dans sa totalité, dans tous les caractères qui font sa force, sa qualité, et pour ainsi dire son individualité.

Ce n'est pas la première fois que nous rejetons la prétendue précision de quelques auteurs, et comme nous la rencontrons encore ici, il nous sera permis de nous expliquer brièvement.

## III

Les chanteurs et les acteurs présentent certains troubles vocaux auxquels, en raison de leur état, ils attribuent une importance très-justifiée, mais auxquels ils ne feraient pas la moindre attention s'ils ne se servaient que de la voix parlée. Tantôt ce sont une ou plusieurs notes d'un registre qui font défaut ou deviennent impures, et l'étendue de la voix chantée se restreint considérablement; tantôt c'est toute l'échelle de la voix qui change de timbre ou d'expression; le chant perd une des mille nuances qui constituent sa grâce et son attrait. Dans ces cas on ne saurait assez minutieusement analyser le trouble survenu, qui est intéressant d'abord au point de vue du physiologiste et non moins au point de vue de l'artiste, dont la carrière se trouve nécessairement entravée.

Nous avons étudié ailleurs ce phénomène sous le nom d'*asynergie vocale*. (Voy. Krishaber et Peter. *Dict. encycl. des sciences méd.*, série II, t. I, 1869.) Mais quel rapport peut-on établir entre ces troubles, si légers et si délicats qu'ils échappent même à une oreille non exercée, et les troubles vocaux des syphilitiques? Chez ceux-ci toutes les

nuances se confondent en un seul phénomène brutal et sommaire, qui est *la raucité*, quand elle n'est pas l'aphonie complète.

Tant que l'inflammation catarrhale est à ses débuts, l'altération de la voix est très-variable ; il arrive des changements incessants comme dans le catarrhe laryngé en général, et plus peut-être. Lorsque l'inflammation est apaisée et qu'il reste dans le larynx des modifications morbides plus constantes, les troubles vocaux deviennent aussi plus constants, mais ils sont alors généralement moins prononcés. C'est là un fait que l'on peut observer souvent dans la laryngite en général et dans la forme qui nous occupe plus fréquemment encore, parce qu'il arrive plus fréquemment aussi que le catarrhe syphilitique laisse après lui des traces durables. Or, l'intensité des troubles vocaux est plutôt en relation avec l'acuité de la rougeur inflammatoire qu'avec l'étendue des lésions en apparence plus prononcées, telles que gonflement inflammatoire ou hypertrophique, ou érosion de la muqueuse. C'est si vrai, que s'il se présente à un moment plus avancé une hypérémie nouvelle, la voix sera perdue de nouveau pendant la durée de cette hypérémie, qui peut être passagère. Ces remarques se vérifient même dans les cas où les lésions atteignaient directement les cordes vocales.

Il existe probablement au début de l'inflammation des troubles d'innervation et de contraction musculaire dans le larynx qui prennent une large part dans l'altération de la voix, mais qui ne sont pas durables. C'est ainsi qu'on pourrait s'expliquer que des individus qui au début de l'affection, et avec des lésions peu prononcées, avaient perdu la voix, la récupéraient en partie plus tard lorsque les cordes vocales étaient épaissies, et bien autrement modifiées qu'au début.

Au point de vue du pronostic il importe donc de dire que, dans la laryngite syphilitique, la voix, si altérée qu'elle ait été au début, peut revenir complétement ; la terminaison est moins favorable dans l'hypertrophie, mais, même dans ce cas, elle n'est pas absolument mauvaise. Tout dépend alors de l'étendue et surtout du siége de l'hypertrophie.

Nous signalerons à cette occasion le fait que l'aphonie

peut être complète par le seul fait du gonflement de la muqueuse de voisinage, de celle des replis thyro-aryténoïdiens supérieurs, par exemple, qui recouvrent alors les vraies cordes vocales en étouffant les vibrations.

## IV

Si nous cherchons maintenant à analyser l'époque et le mode d'apparition des troubles vocaux, nous trouvons que, d'après nos propres observations, les plus précoces sont survenus du 40e au 75e jour à partir de l'apparition du chancre infectant, et que les plus tardifs se sont présentés entre le sixième et le dixième mois à partir du même moment. Les autres cas ont apparu à des époques intermédiaires entre le deuxième et le cinquième mois. Nous n'avons pas constaté de relation entre l'époque d'apparition des accidents secondaires éloignés du larynx et l'époque d'apparition des accidents laryngés. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'incubation des manifestations cutanées a été en général de six à huit semaines.

## V

La toux et l'expectoration sont rares dans la forme de laryngite qui nous occupe. Sans vouloir faire de ce sujet négatif un caractère distinctif absolu, on peut dire cependant qu'à lésions égales, les laryngites non spécifiques provoquent bien plus la toux et les crachats que la laryngite syphititique. Sur quatorze observations, la toux avec expectoration s'est présentée deux fois comme phénomène digne d'être signalé. Les autres malades n'en parlaient point spontanément, et, lorsqu'on les questionnait, quelques-uns accusaient seulement des besoins d'expectoration, le matin, avec une toux légère ou sans toux.

Une fois nous avons constaté des stries hémoptoïques sur un individu non suspect de tubercules. Gerhardt et Roth signalent également un cas d'hémoptysie qu'ils font provenir des plaques muqueuses. Nous ne saurions être aussi

affirmatifs, et nous admettrions volontiers que les stries de sang se forment, comme dans la laryngite simple, par rupture vasculaire due à l'inflammation, ce qui n'est pas d'une rareté extrême dans les lésions non diathésiques des voies aériennes quelles qu'elles soient.

## VI

La gêne de la déglutition a été fréquente chez nos malades ; il faut dire toutefois que la plupart d'entre eux étaient atteints de pharyngite, ce qui explique aisément ce phénomène. Ce qui nous porterait à admettre que ce n'est point aux lésions du larynx qu'il faudrait attribuer la douleur dans la déglutition, c'est que dans les laryngites ultimes de la syphilis, alors même que l'épiglotte profondément exulcérée est constamment en contact avec les aliments, ce passage est le plus souvent indolore. C'est là même un signe distinctif très-précieux d'avec la laryngite tuberculeuse, constamment douloureuse au passage des aliments lorsque l'épiglotte est atteinte.

La douleur *spontanée* est nulle, ou lorsqu'elle existe, très-peu prononcée, dans l'affection qui nous occcupe ; parfois cependant les malades ont une sensation analogue à celle que donnerait la présence d'un corps étranger. A la pression, la région thyroïdienne est assez souvent sensible. Nous avons vu une fois la douleur se propager dans les oreilles, mais dans ce cas les amygdales étaient le siége de plaques muqueuses avec inflammation. Une autre fois, la phonation elle-même était douloureuse ; la sensibilité cette fois se rapportait donc bien au larynx : il y avait comme lésion principale une érosion superficielle sur une des cordes vocales.

Cependant c'est l'*absence de douleur* qui est bien la principale cause de la négligence des malades à requérir des soins. Dans les classes de la société où une altération de la voix provoque l'attention, non-seulement de celui qui en est atteint, mais aussi celle de son entourage, il est rare qu'on laisse progresser l'affection sans la faire traiter ; mais il n'en est pas de même dans la classe ouvrière. La préoccupation des individus qui viennent à l'hôpital ne serait

éveillée que s'ils souffraient sérieusement de leur laryngite; celle-ci étant le plus souvent indolore, nul souci n'est pris de cette affection, qui marche toujours en s'empirant. Nous avons observé chez nos malades plus d'une fois une véritable répugnance à se laisser examiner le larynx; ils n'en comprenaient point l'opportunité, et plus d'un s'est soustrait à notre investigation qu'il a fallu imposer presque dans tous les cas. C'est ainsi que l'indolence des laryngopathies syphilitiques peut devenir la cause indirecte de leur gravité.

## VII

Pour arriver à bien fixer le mode d'évolution des premiers accidents laryngés de la syphilis, il faudrait examiner les individus contaminés avant l'apparition des phénomènes secondaires et répéter cet examen laryngoscopique jusqu'à leur apparition, si toutefois il devait se produire. Comme ces lésions surviennent quelquefois tardivement, il faudrait prolonger l'investigation pendant longtemps et sur un grand nombre de malades, pour pouvoir arriver à une conclusion. Par ce procédé seulement on arriverait à juger définitivement de quelques questions en litige, celle de savoir, par exemple, si certaines lésions appartiennent à la seconde ou à la troisième phase de la syphilis. En attendant ces données qui, nous l'espérons bien, se produiront un jour, disons pour l'instant que, selon toute probabilité, c'est le simple catarrhe qui survient le premier. Si nous consultons nos propres observations, nous voyons que l'individu qui était le plus rapproché du moment du chancre infectant (cinq à six semaines), n'avait que de la rougeur avec gonflement des cordes vocales et aucune autre lésion. Un autre qui était à deux mois du chancre présentait la même rougeur des cordes vocales sans épaississement; l'aspect de la muqueuse laryngée était d'ailleurs lisse et dense. Il est vrai qu'un troisième malade avait, à deux mois, et deux autres malades à deux mois et demi du chancre, des plaques muqueuses. A des moments plus éloignés de l'infection survinrent des érosions végétantes, des plaques muqueuses, des traînées vasculaires et de l'hypertrophie.

## Section III. — *Étiologie. — Pronostic. — Diagnostic.*

### I

Les causes occasionnelles des accidents de la syphilis sont les mêmes que celles des accidents pharyngiens : le refroidissement, l'abus du tabac, l'abus des alcools, la vie déréglée avec tout son cortége d'influences nuisibles ; à tout cela, il faut ajouter encore les efforts vocaux. On doit admettre que toutes ces causes peuvent, dans une certaine mesure, hâter l'éclosion des accidents et les rendre plus intenses et plus persistants lorsqu'ils existent déjà.

Nous exprimerons cependant cette conviction ici que parmi les causes occasionnelles, il y en a une dont le rôle pathogénique a été exagéré : nous voulons parler du refroidissement. Il en est des syphilitiques sous ce rapport comme d'un bon nombre de tuberculeux qui accusent volontiers le refroidissement d'être la cause principale du mal. Tout le monde connaît le prétendu rôle des « rhumes négligés, » un de ces lieux communs faciles à invoquer qui se présentent à l'esprit de l'individu dont la voix est altérée, et, il faut le dire aussi, à l'esprit de son entourage, en consolant tout le monde. Cette banalité étant acceptée très-facilement, l'individu malade se persuadant lui-même volontiers de sa réalité, il a une tendance, involontaire sans doute, à induire en erreur son médecin. Lorsque alors, à l'inspection directe du larynx, on ne constate que de la rougeur diffuse plus ou moins étendue, il est bien difficile de ne pas admettre l'interprétation du malade, qui, même s'il est très-réellement infecté, n'en persistera pas moins à rattacher la laryngite à un refroidissement. Ces observations relèvent de la pratique des malades, et il importe peut-être de ne pas les oublier si on ne veut pas se laisser entraîner à des diagnostics erronés, qui, dans l'espèce, auraient des inconvénients très-réels.

Ces réserves posées, nous reconnaissons volontiers au refroidissement une part de nocuité dans l'évolution des accidents laryngés chez quelques syphilitiques.

## II

Le pronostic chez nos malades résulte de l'ensemble de ce que nous avons dit à leur sujet jusqu'ici. Sauf les cas d'hypertrophie qui ne regressent pas spontanément, toutes les autres manifestations laryngées des premières phases de la syphilis peuvent disparaître sans laisser de traces. La voix alors non-seulement reprend sa sonorité, mais aussi sa tonalité et son timbre d'avant la maladie, et jusqu'aux qualités musicales du chant.

Il faut dire toutefois que c'est à ce dernier point de vue que les troubles persistent le plus longtemps; mais en cela la syphilis n'imprime pas à la laryngite un caractère distinctif, car en général tout individu dont les fonctions laryngées sont troublées par une cause quelconque, récupérera toujours l'intégralité de la voix parlée bien avant celle de la voix chantée, non-seulement parce que le chant s'exerce sur une étendue de registre bien plus considérable que le langage parlé, mais surtout parce que chaque note chantée, ne s'agît-il que d'une seule, exige une justesse d'expression que les cordes vocales ne produisent pas tant que la moindre trace de lésion persiste sur elles. Aussi arrive-t-il fréquemment, nous l'avons dit plus haut, que le larynx paraît revenir à son état normal, sans que l'artiste ait pu encore retrouver toute l'intégrité du chant ou de la déclamation.

Cette réserve posée, on observera la guérison s'effectuer dans un laps de temps qui, tout en étant variable, suivant les cas, n'excède guère quelques mois. Parmi les faits qui se sont présentés à nous, nous avons constaté la guérison, ou l'amélioration qui précédait la guérison, survenir en général à une époque du début des accidents laryngés qui variait entre six semaines et deux mois; une fois cependant après quatre mois seulement; par contre une fois après 12 jours. Quant aux cas où la terminaison favorable ne fut pas directement constatée, les malades n'étant pas restés assez longtemps en observation, on peut admettre d'après l'amélioration déjà produite, que la guérison ne s'est pas fait attendre longtemps. Nous n'avons vu en somme que deux cas défa-

vorables, l'un avec persistance au même degré des troubles vocaux après huit mois, et l'autre après six mois. Chez le premier sur lequel l'altération de la voix avait été très-prononcée, les notes élevées restèrent définitivement éteintes ; le second qui avait été tour à tour dysphone et aphone en était resté au même point après six mois, alors que toutes les autres manifestations de la syphilis avaient disparu. Dans les deux cas, à côté d'autres lésions qui pouvaient se guérir, nous avons constaté une hypertrophie circonscrite sur les cordes vocales qui expliquait suffisamment la persistance des troubles vocaux. La marche de l'affection n'avait pas été la même dans les deux cas ; uniforme et continue pour le premier, elle avait présenté de nombreuses alternatives pour le second.

Dans deux cas, la guérison était survenue très-rapidement et la voix revenue d'emblée avec la disparition des lésions matérielles ; les deux fois, la guérison était due à l'apparition d'affections aiguës indépendantes de la syphilis : c'était l'érysipèle dans un cas, et une angine inflammatoire violente dans l'autre.

Ce sont là des faits exceptionnels ; mais en général, chez nos malades, les troubles fonctionnels affectent un type variable, pendant que les lésions, elles, gardent l'apparence de constance et de régularité dans leur évolution. On ne pourrait certes pas admettre qu'il n'y ait pas de relation intime entre les modifications matérielles et les modifications fonctionnelles survenues dans l'organe ; mais il est certain que cette relation nous échappe assez souvent. Il faut admettre que de très-légers changements dans l'état matériel du larynx malade peuvent influer profondément sur ses fonctions, car nous avons constaté chez nos malades des oscillations dans les troubles vocaux que l'inspection directe des cordes vocales ne pouvait pas toujours justifier.

## III.

Il est des cas de laryngite syphilitique qui, au point de vue du diagnostic, ne pourraient laisser aucun doute dans

l'esprit de l'observateur. Nous n'avons pas à nous occuper ici des ulcérations qui appartiennent à la période ultime, et nous nous bornerons à dire que leur siége, leur mode d'évolution, surtout leur indolence, servent, en dehors de tous les commémoratifs, à établir une distinction presque toujours possible, pour ne pas dire toujours facile. Quant aux manifestations laryngées de la première phase de la syphilis, il n'en est pas absolument de même. Lorsqu'il n'existe que l'hyperémie, et même l'injection inflammatoire avec gonflement, il n'y a nulle différence péremptoire d'avec une laryngite simple, dont l'invasion, la marche et la durée peuvent bien être différentes, sans l'être dans des proportions telles que les phénomènes observés ne puissent à la rigueur appartenir à l'affection diathésique aussi bien qu'à l'affection simple.

Nous avons suffisamment fait ressortir que l'indolence est la règle dans la laryngite syphilitique; nous ajouterons pour le diagnostic différentiel que les troubles vocaux nous ont paru, toutes choses égales d'ailleurs, en général plus persistants que ceux qui se rattachent au catarrhe simple de l'organe, tandis qu'au contraire la toux et l'expectoration font défaut, ou à peu près, dans la laryngite spécifique. Nous rappellerons aussi que dans la maladie qui nous occupe, les lésions sont le plus souvent plus nettement circonscrites que dans l'inflammation non spécifique, et qu'il survient fréquemment un épaississement des tissus qui persiste. On a mentionné aussi une certaine différence dans la coloration de la muqueuse enflammée qui dans les affections du larynx relevant de la syphilis serait plus foncée.

A tout prendre cependant, cet ensemble de signes distinctifs reste insuffisant pour établir un diagnostic précis, lorsque la laryngite précoce des syphilitiques ne présente pas la seule lésion nettement caractéristique : la plaque muqueuse. Comme cette lésion n'est pas fréquente, le diagnostic ne pourra être établi que sur les doubles données, d'une part, de l'état local de l'organe affecté, et de l'autre, des phénomènes généraux que présente le malade. Lorsque sur un individu atteint des manifestations secondaires de la syphilis, on constatera l'existence d'une laryngite peu ou

point sensible, à évolution insidieuse, à marche progressive, à durée persistante ; lorsqu'on constatera au laryngoscope une ou plusieurs des lésions que nous venons de décrire, on pourra arrêter le diagnostic qui sera absolu, si l'on constate l'existence d'une plaque muqueuse et qui, en dehors de celle-ci, aura des caractères de probabilité se rapprochant plus ou moins de la certitude. On conçoit que nous considérerions comme oiseux d'énumérer à l'instar des anciens auteurs, auxquels l'inspection directe faisait défaut, toutes les affections du larynx avec lesquelles on pourrait confondre la laryngite syphilitique ; la simple vue de l'organe élimine radicalement un certain nombre de suppositions soulevées par les auteurs, à une époque où seul le diagnostic raisonné pouvait être établi, avec plus ou moins de vraisemblance.

Nous avons essayé de montrer comment la question se présente aujourd'hui.

## Section IV. — *Traitement.*

### I.

Le traitement est celui de toutes les autres manifestations syphilitiques. Nous avons tenté, il est vrai, au début, quelques applications astringentes ou cathérétiques, mais nous eûmes bientôt la conviction que dans la majorité des cas le traitement général seul était de mise. Toutefois, dans les cas d'hypertrophie persistante nous n'aurions pas hésité à employer des moyens locaux, si les individus auxquels nous avions affaire ne s'étaient pas montrés si insouciants de récupérer l'intégrité de leur voix, et si peu disposés à subir un traitement quelque peu désagréable. En effet, l'épaississement hypertrophique des tissus ne cède pas au traitement spécifique général ; pour le combattre, il faut intervenir directement et localement. On peut alors employer, suivant le siége, le volume, l'étendue et la consistance de la tumeur, soit des caustiques solides, soit l'acide chromique, ou bien encore le galvano-cautère ou les instruments contondants, notamment la pince pour écraser et arracher les tissus hypertrophiés. A ce point de vue la situation est en somme la même que dans les cas de végétation non syphilitique.

II.

Quant au traitement général, il est toujours indiqué. Il l'est d'autant plus qu'il existe presque toujours soit sur la peau, soit sur d'autres muqueuses que celles du larynx, des accidents syphilitiques faisant partie de la même poussée et réclamant l'usage des mêmes moyens thérapeutiques internes.

Mais on s'abuserait étrangement si on supposait qu'il suffit d'administrer une certaine dose de mercure et d'iodure de potassium pour faire prompte justice d'une laryngopathie syphilitique. Ce n'est pas du jour au lendemain qu'on peut constater un amendement sérieux et persistant des troubles fonctionnels. L'expérience à cet égard nous a enlevé bien des illusions.

Il y a même des laryngopathies qui, sans qu'on sache pourquoi, se montrent aussi rebelles à l'action curative des spécifiques que les angines avec plaques muqueuses, dont on ne vient à bout qu'à l'aide de cautérisations répétées deux ou trois fois par semaine. Et qu'on ne s'imagine pas qu'il suffirait de doubler, de tripler les doses pour obtenir l'effet voulu. C'est une expérience que nous avons quelquefois tentée sans succès : elle réussissait sur la peau et échouait sur le larynx. Du reste, en général, les affections cutanées syphilitiques sont plus rapidement touchées et guéries par le mercure que les affections syphilitiques des muqueuses.

Nous faisons ces remarques pour empêcher l'abus qu'on serait tenté de faire de la médication hydrargyrique, si on voulait en mesurer les doses à l'inertie que lui oppose trop souvent la laryngopathie syphilitique. La préparation dont nous nous servons le plus habituellement est le protoiodure d'hydrargyre sous forme de pilules de 0,03 cent. Nous en donnons de 2 à 4 par jour.

III.

Quant à l'iodure de potassium, il est rare que nous y ayons recours à cette phase de la maladie constitutionnelle. Il trouve son opportunité plus tard, quand le pharynx est at-

teint de ces graves ulcérations qui détruisent les parties molles et attaquent même la charpente de l'organe.

Dans les laryngopathies précoces et superficielles, il est rarement indiqué; nous pourrions même ajouter qu'il est quelquefois nuisible quand il développe outre mesure ses effets physiologiques, c'est-à-dire cette hypérémie sécrétoire de la conjonctive, de la pituitaire, qui s'étend jusqu'aux muqueuses de la gorge et du larynx.

Lorsque les laryngopathies ne cèdent pas au mercure, ou que les lésions qui les constituent ont de la tendance à s'ulcérer, nous avons recours à l'iodure de potassium combiné avec le biiodure d'hydrargyre, et nous varions suivant les cas la dose respective de chacun de ces sels. La formule suivante est celle que nous employons de préférence : biiodure d'hydrargyre 0,10 cent.; iodure de potassium, 5 gr.; sirop de quinquina, 300 gr.; deux ou trois cuillerées par jour dans une tasse d'infusion de tilleul aromatisée avec de l'eau de fleurs d'oranger.

Si ces laryngopathies, qui sont presque toujours bénignes, prenaient des proportions sérieuses, et qu'il devint urgent d'agir vite et énergiquement, on pourrait tenter les frictions mercurielles sur la partie antérieure du cou, au niveau de l'organe malade. Cette pratique serait indiquée également par l'intolérance de l'estomac ou le mauvais état des voies digestives.

## IV.

Il est tout un côté du traitement général qu'on aurait grand tort de négliger, sous le prétexte que l'affection est spécifique et ne peut guérir qu'avec des spécifiques. Nous voulons parler de la médication commune, de celle qu'on emploie dans les catarrhes ordinaires du larynx. Ainsi quand le processus est vif et que la forme inflammatoire prédomine, il faut recourir aux émollients, prescrire une diète plus ou moins sévère, écarter toutes les causes qui pourraient agir directement ou indirectement sur l'organe malade, et exaspérer les accidents dont il souffre.

Dans les formes indolentes qui sont les plus communes,

on peut être moins sévère ; mais il est indispensable de soumettre le larynx à une hygiène rigoureuse. Il faut interdire les efforts de voix et tout ce qui, dans le régime, pourrait exciter la muqueuse du pharynx, l'épiglotte et l'ouverture supérieure du larynx, entre autres choses les liqueurs alcooliques et la fumée de tabac. Ce sont des mesures de rigueur pénibles pour les malades dont la santé générale n'est pas altérée, ils sont peu disposés à se faire les esclaves de leur larynx et à se plier aux exigences que réclame son hygiène bien entendue. Ils aiment mieux avaler des pilules ou des sirops, mais que feront ces pilules et ces sirops qui ont déjà bien du mal à venir à bout de l'affection, s'il leur faut encore paralyser les effets déplorables d'un régime et d'une hygiène mal compris.

Donc l'usage, mais pas l'abus des spécifiques d'une part, et d'autre part l'emploi des médications communes applicables aux affections catharrales du larynx, et surtout l'hygiène et le régime ; tel est le résumé de nos conseils en ce qui concerne le traitement général.

## V

Lorsque maintenant on veut envisager dans son ensemble le point restreint de pathologie que nous venons de traiter, on ne pourra méconnaître que jusqu'à l'époque moderne aucune donnée précise n'a pu être fournie par les auteurs. Malgré de nombreuses autopsies, malgré d'excellentes études faites sur le vivant par des observateurs autorisés et parfaitement compétents, on ne connaissait de la syphilis laryngée que les manifestations ultimes, celles qui laissaient des traces indélébiles et qui se retrouvaient sur le cadavre d'individus ayant succombé à des affections étrangères à la syphilis, et à plus forte raison sur les individus morts d'asphyxie dans la laryngite ulcéreuse, nécrosique et œdémateuse due à la diathèse.

Mais les lésions légères échappaient absolument à l'étude. Celle-ci commence avec Czermak, et se termine avec bon nombre d'observateurs qui ont écrit depuis une quinzaine

d'années. Tout récemment encore elle a fait le sujet d'un travail fait dans un bon esprit d'analyse, mais avec un peu trop de critique.

Nous avons à notre tour essayé de reprendre cette étude, et nous espérons être parvenus à préciser et à éclairer quelques-uns de ses points obscurs ou en litige.

De toute façon, l'étude des manifestations laryngées des premières phases de la syphilis est la conquête exclusive du laryngoscope.

---

## SYPHILIS INVÉTÉRÉE. — ACCIDENTS DIVERS. — LARYNGITE SYPHILITIQUE AVEC ABRASION TOTALE DE L'ÉPIGLOTTE, ULCÉRATIONS ET VÉGÉTATIONS. — PARAPLÉGIE. — SYPHILIS VISCÉRALE. — SURDITÉ, TROUBLES CÉRÉBRAUX. — HÉMIPLÉGIE LARYNGIENNE IN EXTREMIS.

Par les docteurs **Ch. Péronne** (de Sedan) et **Isambert**.

L'observation que nous rapportons ci-après intéressera sans doute nos lecteurs, malgré les longs développements qu'elle comprend, et dont plusieurs sont étrangers à l'étude spéciale de notre revue ; mais on reconnaîtra qu'il était difficile de la scinder sans en détruire la portée. Après avoir offert un des exemples les plus remarquables des délabrements que peut amener dans le larynx une syphilis méconnue et abandonnée à elle-même, la maladie céda cependant presque complétement, au moins dans cette région au traitement général aidé du traitement topique direct exécuté au moyen du laryngoscope. Mais les lésions viscérales, trop profondes déjà pour être guéries, continuèrent leur marche fatale, et l'on vit paraître in-extremis des accidents d'hémiplégie laryngienne.

La première partie de l'observation nous est fournie par le récit du Dr Ch. Péronne.

« C'est au mois de janvier 1872 que je vis pour la première fois madame X..., alors âgée de 50 ans environ, femme

très-respectable et récemment affligée par la perte d'un grand fils. Je la voyais en consultation avec un confrère âgé qui la soignait depuis longtemps. Madame X... présentait tous les signes d'une *laryngite chronique* durant depuis 4 ou 5 ans; il y avait extinction de voix, sensations douloureuses dans la région malade, toux avec expectoration muco-purulente, impossibilité de la déglutition des solides, difficulté pour celle des liquides qui était toujours très-pénible ; la pression au niveau du cartilage thyroïde réveillait une certaine douleur. Bien que la malade eût encore un embonpoint relatif, elle avait maigri et était très-anémique. Il y avait une certaine difficulté dans la marche que j'attribuai en partie à la faiblesse de la malade, mais qui tenait déjà à des lésions de l'appareil nerveux locomoteur, car la faiblesse siégeait surtout d'un côté, le côté droit. La malade se plaignait aussi d'une constipation opiniâtre. Ne possédant pas de laryngoscope et peu familiarisé, du reste, avec le maniement de cet instrument, je ne pus faire l'examen direct du larynx; néanmoins mon opinion fut qu'il y avait là des lésions graves et profondes. Quelle en était la nature? Le résultat négatif d'un examen attentif de la poitrine, l'absence de circonstances héréditaires me fit rejeter l'hypothèse de la tuberculose.

« Il n'y avait guère que la syphilis qui pût alors expliquer de tels désordres. C'était donc un point délicat à résoudre. Il n'y avait en ce moment aucune sorte de manifestations syphilitiques cutanées ou muqueuses; mais il existait sur diverses parties du corps, à la face, aux bras et surtout aux membres inférieurs des cicatrices lisses, blanches, arrondies, qui me parurent être dues à des accidents antérieurs. Un interrogatoire serré me permit, en effet, de faire retracer à la malade l'évolution complète des accidents secondaires; il me permit aussi de reconnaître que la pauvre femme ne se doutait pas de la cause de son mal; quant au mari, qui en était le véritable auteur, et au médecin traitant, ils firent tout leur possible pour égarer mon diagnostic par leurs dénégations; je pensai que mon confrère avait méconnu la cause de la maladie, ou bien qu'il avait promis au mari de me la cacher; cette dernière supposition était la vraie, je le sus plus

tard. Néanmoins je tins bon pour mon diagnostic et conseillai la cautérisation immédiate de la partie malade à l'aide d'une solution concentrée de nitrate d'argent et d'une éponge à tige recourbée; je recommandai le traitement tonique en même temps qu'on ferait des onctions sur les cuisses avec l'onguent napolitain, et, sur la région thyroïdienne, l'application d'un emplâtre de Vigo, pour en venir plus tard au traitement mixte s'il pouvait être supporté.

« Deux mois après la malade me fit demander de nouveau; il n'avait rien été fait de ce que j'avais conseillé et l'état s'était aggravé; la déglutition était plus difficile encore; les aliments pénétraient dans les voies respiratoires, provoquaient des quintes de toux et revenaient par les fosses nasales; la faiblesse était très-grande; la malade me dit que son médecin ordinaire avait la vue trop affaiblie pour oser pratiquer des cautérisations dans la gorge et me pria instamment de vouloir bien me charger de cette petite opération. Depuis lors elle fut soumise à ma seule direction.

« Au bout de peu de temps il y eut une amélioration sensible dans l'état de la gorge surtout au point de vue de la déglutition; on put nourrir la malade et combattre par l'alimentation azotée, les ferrugineux, le quinquina, l'état cachectique vers lequel elle marchait à grands pas. Vers le milieu d'avril, ayant constaté de la gingivite je fis cesser les onctions avec l'onguent napolitain. Quelque temps après je mis la malade à l'iodure de potassium en même temps que je faisais continuer le traitement tonique; je voulus aussi tâter du protoïodure de mercure à l'intérieur, mais il fut très-mal toléré et je dus y renoncer. En juin l'état général était très-bon et la déglutition facile, mais l'état de la fonction laryngée ne s'améliorait pas; la voix restait éteinte; il y avait de la toux; la malade se plaignait d'une sensation de constriction au niveau du larynx. Nous arrivâmes ainsi jusqu'au milieu de juillet. Depuis le début de mes soins il s'était déclaré plusieurs accidents qui confirmaient la nature de la maladie; c'est ainsi que je retrouve dans mes notes les indications suivantes : 1er avril : *ulcération du voile du palais, arrondie, à fond gris jaunâtre*; 17 mai, *exostose d'un métacarpien à*

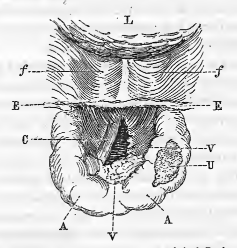
*la face palmaire* (c'est alors que je prescrivis l'iodure de potassium); *plaques muqueuses aux ailes du nez;* 10 juin, *ulcération sur le pilier droit;* 27 juin, *ulcération sur la paroi postérieure du pharynx;* 30 juin, *céphalée nocturne, quelques syphilides cutanées.* Les accidents bucco-pharyngiens disparurent sous l'influence de cautérisations répétées au nitrate d'argent et au nitrate acide de mercure, *sauf l'ulcération du palais lequel, vers le 10 juillet, semblait menacé de perforation;* c'est cette lésion et surtout la persistance des accidents laryngés qui me décidèrent alors à adresser la malade à M. Isambert, afin que l'examen laryngoscopique vînt donner une idée exacte des lésions de l'organe vocal et permît, en même temps, un traitement direct plus efficace. »

M. Isambert reconnut au laryngoscope les lésions les plus graves du côté du larynx, lésions qui, en dehors du renseignement confidentiel transmis par le Dr Péronne, portaient en elles des caractères objectifs de nature à en faire soupçonner immédiatement la spécificité. En effet, l'épiglotte à sa face supérieure, les fosses épiglotiques jusqu'à la base de la langue, les replis ary-épiglottiques, et les éminences aryténoïdiennes étaient recouvertes d'ulcérations irrégulières baignant dans un liquide muco-purulent, et en même temps de végétations abondantes formant des stalactites qui tendaient à oblitérer tout l'infundibulum laryngien et lui donnaient un aspect étrange. Cependant on pouvait voir nettement une des cordes vocales, qui paraissait d'un rose pâle et sans ulcération. L'autre était masquée par les végétations ; mais il y avait lieu d'espérer qu'elle était à peu près intacte, car la voix, faible il est vrai, n'avait pas d'altération notable quand madame X..., prenait la parole. Mais au bout de quelques minutes, sous l'influence de la fatigue et de la congestion inévitable qui doit se produire dans des parties si voisines de processus pathologiques aussi graves, la voix s'éteignait progressivement. — Les lésions de la bouche étaient presque guéries, et l'ulcération du voile du palais était réduite à un petit pertuis gros comme un grain de chenevis à peine, et donnant issue à une gouttelette de pus. Les piliers antérieurs du voile du palais avaient encore un peu de rougeur carminée.

On commence immédiatement le traitement antisyphilitique mixte, (iodure de potassium hydrargyré, onctions avec l'onguent napolitain à la région cervicale antérieure), et pour remédier au plus vite à la dysphagie et à la dyspnée, on ajoute des cautérisations quotidiennes des parties ulcérées et végétantes avec le nitrate acide de mercure d'abord, puis avec le chlorure de zinc ou l'acide chromique.

Au bout de quelques jours, lorsque le traitement local eut détergé les surfaces et affaissé toutes ces stalactites, M. Isambert se rendit compte de la lésion, qui donnait tout d'abord à ce larynx un aspect si étrange, et si insolite pour les laryngoscopistes.

C'est que l'*épiglotte n'existait plus :* elle avait été entièrement abrasée par le travail ulcératif, et à peine un bourrelet muqueux (E, E) indiquait-il le point d'insertion de cet opercule. Immédiatement au-dessous de la langue (L) on




Larynx de madame X..., à son arrivée à Paris.

voyait s'ouvrir un vaste infundibulum dont les parois étaient encore ulcérées et végétantes, et la vue n'était arrêtée que par trois ou quatre bourgeons charnus, paraissant appartenir aux cordes vocales supérieures, et masquant en partie l'ouverture de la glotte. Cependant, en faisant chanter la malade, on voyait nettement la corde vocale droite (C) mobile, d'une couleur rose et sans ulcération. La corde

vocale gauche était masquée par des bourgeons charnus végétants (A A); les éminences aryténoïdes (V V) et les replis ary-épiglottiques encore tuméfiés et œdémateux étaient couverts d'ulcérations purulentes (*u*) et revêtus de fausses membranes. Les ulcérations des fosses épiglottiques (*ff*) étaient déjà cicatrisées.

Les résultats du traitement se sont fait un peu attendre : la douleur de la déglutition avait cependant diminué rapidement, et les forces revenaient; mais les surfaces malades nageaient dans le pus. Ce n'est que dans la seconde quinzaine que tout a commencé à se modifier, et bientôt on cessa l'usage intérieur de la solution iodo-hydrargyrique, qui commençait à n'être plus tolérée, pour donner l'iodure de potassium seul à jeun, et les pilules d'iodure de fer aux repas. M. Ricord, qui vit la malade à ce moment, conseilla d'ajouter aux moyens précédents l'usage de quelques cigarettes additionnées de cinabre. Ce moyen, assez difficile à supporter, ne parut pas accélérer la guérison des surfaces, laquelle marchait d'ailleurs régulièrement.

Au bout de six semaines, les parties malades présentaient l'aspect suivant : le larynx était presque entièrement détergé, les ulcérations presque partout remplacées par des surfaces roses mais encore un peu mamelonnées et végétantes. Sur la paroi gauche de l'infundibulum seulement, on voyait encore deux surfaces, grandes comme des pièces de 50 centimes, couvertes de produits blanchâtres plutôt que purulents. Les bourgeons charnus qui masquaient la corde vocale gauche, existaient toujours, mais extrêmement réduits, et exigeaient la continuation des cautérisations directes avec l'acide chromique. Il importait en effet, d'empêcher cette prolifération anormale d'envahir les cordes vocales et de produire l'aphonie ; il importait surtout de prévenir la formation d'un rétrécissement laryngien, qui amènerait forcément le cornage et peut-être, en fin de compte, la nécessité de pratiquer la trachéotomie, avec la probabilité de garder une canule à demeure presque indéfiniment. Il était à espérer toutefois qu'on réussirait à éviter ce triste résultat, et même le danger paraissait assez éloigné quant alors,

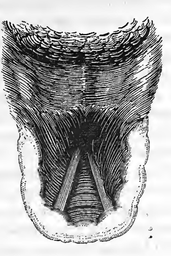
parce qu'il n'y avait pas eu de nécrose apparente des cartilages principaux du larynx, de ceux qui forment le squelette indispensable, c'est-à-dire du cricoïde et du thyroïde, ni même des aryténoïdes, puisque la phonation se faisait encore. Toutefois la disparition de l'épiglotte montrait tout ce qu'on pouvait avoir à craindre sous ce rapport, en cas de retour offensif pour la maladie. Enfin la langue, qui avait au début présenté un aspect villeux, comparable à un gazon souillé de boue, s'était aussi très-notablement modifiée. Cette lésion singulière qui, pour MM. Ricord et Isambert, n'avait du reste rien de spécifique, rentrait dans les cas d'eczéma de la langue. Il n'en était pas moins vrai, que si c'était une pure manifestation dartreuse, la dartre était en elle-même une complication fâcheuse, et indiquait une disposition constitutionnelle tendant à éterniser les lésions spécifiques.

Arrivée à ce point, madame X... reçut le conseil de rentrer chez elle, de suivre pendant six semaines une hygiène tonique, se bornant au traitement général par l'iodure de potassium et le fer. Le Dr Péronne se mit rapidement au courant des petites opérations laryngoscopiques destinées à réprimer les bourgeons charnus qui restaient encore. L'accès de ces bourgeons était rendu facile par l'absence de l'épiglotte. Chose remarquable ! *l'absence de cet opercule ne gênait pas la déglutition,* les liquides mêmes passaient sans difficulté, pourvu que la malade ne bût pas avec précipitation. La lésion avait sans doute été longue à se produire, et l'accoutumance avait appris à la malade à faire passer les aliments et boissons par les gouttières latérales. Le rétablissement de l'alimentation produisit un relèvement rapide des forces.

La voix était toujours voilée, et cependant au bout d'un mois, les surfaces muqueuses paraissaient très-lisses : les cordes vocales apparaissaient maintenant à découvert, à mesure que les bourgeons irréguliers s'affaissaient, et elles reprenaient peu à peu l'état normal.

La malade revint au mois d'octobre passer une quinzaine sous la direction de M. Isambert, qui vint à bout des derniers bourgeons charnus avec l'acide chromique : tous les accidents laryngés ont disparu, les cordes vocales sont blanches,

presque normales ; plus d'ulcérations, plus de végétations, le larynx conserve toutefois l'aspect étrange qu'il doit à l'abrasion absolue de l'épiglotte.



Larynx de madame X..., après guérison. Abrasion totale de l'épiglotte.

La malade se plaint seulement d'une grande faiblesse, et d'un commencement de paraplégie, plus prononcée à droite qu'à gauche. Dans le but de lui rendre des forces et de combattre la cachexie syphilitique, madame X... est envoyée à Amélie-les-Bains, et, sous la direction de notre sympathique et distingué confrère, le Dr Génieys, elle passe tout son hiver, faisant plusieurs saisons de bains sulfureux, séparées par des intervalles de repos.

A son retour à Paris, le 7 mars 1873, M. Isambert constate que le larynx a conservé l'amélioration acquise ; il n'y a plus aucune évolution morbide de ce côté ; la phonation et la déglutition sont suffisantes. Mais un phénomène nouveau chez la malade, et qui la préoccupe beaucoup, c'est un affaiblissement considérable de l'ouïe, une surdité assez prononcée. On s'assure à l'otoscope que ce symptôme n'est pas dû à une lésion de l'oreille externe ou du tympan (pas d'accumulation de cérumen, pas de perforation du tympan, pas d'otite externe) ; — par la rhinoscopie postérieure, on peut

voir que le voile du palais postérieur, l'entrée des fosses nasales et la paroi latérale du pharynx autour des trompes d'Eustache sont saines: il n'y a ni ulcérations, ni plaques spécifiques, ni inflammation. Il est donc probable qu'il s'agit d'une surdité nerveuse, par affaiblissement du nerf auditif, ou par compression de ce nerf dans les conduits du rocher par quelque exostose. Mais le phénomène morbide le plus grave est certainement la paraplégie, plus prononcée à droite qu'à gauche et que la médication sulfureuse n'a pas améliorée. Notons en passant que cette médication n'a amené aucune éruption, aucune poussée cutanée appréciable, quelque attention qu'ait mise à la rechercher le Dr Génieys, prévenu par nous de l'origine spécifique de la maladie. La période secondaire était ici dépassée, épuisée. Nous en étions au moins à la période tertiaire ou plutôt à la période viscérale, puisqu'il n'y avait pas d'accidents osseux manifestes. Pour nous éclairer à ce sujet, Mme X... est conduite chez notre excellent confrère et ami le Dr Tripier, bien connu par ses travaux sur l'électrisation médicale, et voici le résultat des explorations diverses auxquelles il se livre avec divers modes d'électrisation (courants discontinus, courants continus, courants de tension, courants de quantités diverses, etc. ;)

« La paralysie revêt la forme cérébrale plutôt que la forme médullaire, c'est-à-dire que ce sont les éléments cérébraux de la moelle (substance grise) qui semblent atteints plutôt que les cordons antérieurs ou postérieurs. Ceci rend peu probable l'existence d'une exostose rachidienne comprimant la moelle tout entière, et beaucoup plus l'existence d'une altération viscérale (sclérose) de la substance grise. »

Mme X... retourne chez elle, munie d'un appareil électrique indiqué par le Dr Tripier lui-même, et munie d'instructions détaillées de notre confrère sur le mode d'application de l'électricité, que le Dr Péronne met à exécution avec le plus grand soin. Les toniques, les iodures devaient être repris avec persévérance, mais par périodes successives et avec des alternances.

La suite de cette observation, telle qu'elle a été prise,

avec de grands détails par notre distingué confrère de Sedan, présenterait un grand intérêt au point de vue de la marche de la syphilis tertiaire des centres nerveux ; elle nous montrerait une fois de plus ce que notre collègue, le Dr Alfred Fournier, a si bien mis en lumière dans ses remarquables leçons sur la syphilis tertiaire, c'est-à-dire l'impuissance des différents moyens thérapeutiques, lorsque l'on a, pendant des années, laissé la maladie marcher sans obstacle, et atteindre la période viscérale et cachectique. Mais nous sommes obligés de passer rapidement sur des détails trop étrangers aux matières spéciales de notre revue et nous devons nous borner à tracer à grands traits la fin de cette lamentable histoire.

Outre la paraplégie persistante et l'altération de l'ouïe, Mme X... se plaignait successivement d'un affaiblissement marqué de la vue, surtout de l'œil droit, l'empêchant de se livrer à la lecture et aux travaux d'aiguille ; (la surdité était aussi plus marquée à droite) puis de *vertiges* presque constants. L'intelligence ne présentait d'autres troubles qu'une sorte de monomanie jalouse, plus ou moins justifiée, contre une personne à qui elle attribuait ses chagrins domestiques. Ce furent ensuite des douleurs variées, par exemple, douleur en ceinture, et sorte de compression rétro-sternale vers l'épigastre ; puis tremblements et contractures dans les membres inférieurs avec perversions diverses de la sensibilité, puis augmentation de la paralysie musculaire. La contractilité électrique était conservée, mais l'électrisation n'a jamais amené d'amélioration, quels que fussent les modes d'application, lesquels ont été très-variés et employés avec une grande persévérance. Les préparations iodurées, ferrugineuses et phosphorées furent employées à tour de rôle, ainsi que les bains, les douches et le massage. Le traitement mixte iodo-hydrargyrique n'était plus toléré. L'appétit se maintenait, mais il y avait une constipation opiniâtre et un peu d'incontinence d'urine. Le sommeil fut troublé par des céphalées nocturnes et des crampes dans les membres. La faiblesse et les contractures augmentèrent au mois d'octobre et s'accompagnèrent de douleurs fulgurantes.

Pendant tout ce temps l'état du larynx, examiné de temps à autre, restait le même, et il n'y avait plus de lésions apparentes, ni congestions, ni ulcérations, ni œdème. Cependant, à la fin de décembre, de nouveaux accidents apparurent : une forte douleur à la nuque, de la céphalalgie, et des vertiges, étant survenus, *la voix d'abord voilée, s'éteignit bientôt ; la déglutition devint très-difficile, surtout pour les liquides* qui, à présent, faisaient fausse route. Les piliers du voile du palais semblaient comme effacés du côté droit, de façon à ce que les piliers gauches paraissaient être sur un plan plus antérieur. Quand la malade tirait la langue, la pointe était déviée à gauche. Au laryngoscope l'ouverture glottique paraissait *rétrécie* et *modifiée dans sa forme*. Au lieu du triangle isocèle que la glotte présente à l'état normal lors d'une large inspiration, et dans lequel la bissectrice de l'angle au sommet tombe sur le milieu de la commissure aryténoïdienne, on ne voyait plus qu'un triangle rectangle, limité en dedans par cette bissectrice, l'angle droit répondant au centre de la commissure, et les angles aigus à la commissure antérieure postérieure et à la jonction de la corde vocale gauche avec l'aryténoïde : ce n'était plus que la moitié de la glotte normale; et cet aspect était dû à un relâchement du côté droit (paralysie du dilatateur droit). Le repli a ryténo-épiglottique droit semblait plus bombé, de manière à cacher complétement la corde vocale sous-jacente.

Il y avait en même temps une dyspnée assez intense avec une sorte de ronchus très-fort et permanent, comparable à celui qu'on observe dans certaines agonies.

Autrefois c'était la corde vocale gauche qui était masquée par des végétations ; mais en ce moment c'était un phénomène d'un tout autre ordre, *paralysie, hémiplégie laryngienne par lésion du centre nerveux*, et non plus, lésion laryngée ulcéreuse, ou végétante. Du reste, aucune lésion dans la région observée au laryngoscope. Cette hémiplégie laryngée coïncidait avec des signes de paralysie commençante du bras droit et divers phénomènes nerveux.

Ce nouvel état du larynx dura jusqu'à la fin de l'existence, sauf quelques intermissions, où les signes d'hémiplégie laryn-

gienne parurent s'amender en même temps que les signes d'hémiparaplégie : ces améliorations passagères furent obtenues d'une part par les cautérisations du larynx au nitrate d'argent, et surtout par le retour à la médication iodurée : une fois l'iodure de potassium (6 grammes en lavement) jusqu'à ce que l'intolérance se produisît, et une autre fois l'iodure d'ammonium (50 centigrammes par jour) qui parut exercer assez longtemps une influence favorable. Les cordes vocales restaient visibles, d'une teinte rosée, mais l'ouverture laryngienne semblait encore rétrécie par la paralysie du dilatateur. Nous passons sur les alternatives d'amélioration et du retour de tout le cortége d'accidents nerveux qui se produisit jusqu'à la fin, ainsi que sur la thérapeutique très-variée qui leur fut opposée. A la fin d'octobre 1874 de vives douleurs de l'oreille gauche revinrent avec névralgies des branches du plexus cervical. La dyspnée, la dysphagie et le cornage augmentent : tous les phénomènes nerveux, hyperesthésiques, ataxiques, paralytiques, se multiplient. Enfin, surviennent des phénomènes cardiaques, l'œdème des membres inférieurs, et à la fin de février 1875 de véritables signes d'encéphalite aiguë. Le 19 mars, à la suite de plusieurs accès de suffocations, la malade tombe dans un état comateux qui dure 60 heures et pourtant elle ne meurt que le 2 avril en terminant par une agonie douce sa pénible existence.

Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite ; l'étude anatomique des centres nerveux aurait sans doute rendu compte de tous les troubles survenus dans la période viscérale de l'affection, et en particulier de la cause matérielle de la surdité et de cette hémiplégie laryngienne, qui survint à la fin, longtemps après la cessation de la laryngite syphilitique proprement dite, don la guérison s'était en définitive maintenue.

---

# DES DIVERS MOYENS PROPOSÉS POUR MAINTENIR OUVERTE UNE PERFORATION CHIRURGICALE DE LA MEMBRANE DU TYMPAN.

Par M. le Dr **Lévi.**

L'utilité de la perforation chirurgicale de la membrane du tympan n'est plus contestée aujourd'hui, je pense, par personne. L'expérience a suffisamment démontré les avantages que certains sourds peuvent retirer de cette opération sans courir d'ailleurs, sauf de très-rares exceptions, le plus petit danger. Fréquemment le médecin auriste est appelé à établir une communication entre l'oreille moyenne et l'oreille externe; tantôt c'est pour donner issue à une collection de sérosités, de mucus ou de pus produits d'une inflammation aiguë ou chronique; tantôt c'est pour frayer une route aux ondes sonores qu'une membrane épaissie par un travail pathologique empêche de pénétrer jusqu'au labyrinthe. Chez un malade, il s'agit de rétablir l'équilibre entre l'air extérieur et celui de la caisse du tympan, équilibre rompu par suite d'une obstruction incurable de la trompe d'Eustache; chez un autre, de guérir une surdité ou faire cesser un bourdonnement dont la cause organique échappe à nos moyens actuels d'investigation. Mais si, dans un certain nombre de cas, l'opération et quelques soins consécutifs suffisent pour obtenir un résultat satisfaisant et durable, il en est d'autres où, malgré toute l'habileté du chirurgien, la guérison ou l'amélioration n'est que passagère, parce que l'ouverture pratiquée au tympan ne peut être maintenue béante en raison de l'étonnante force régénératrice de cette membrane. Empêcher une perforation artificielle de la membrane du tympan de se refermer est un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie auriculaire. De louables efforts ont été tentés pour le résoudre. Nous allons voir, en passant en revue les différents moyens qui ont été proposés pour atteindre ce but, jusqu'à quel point ces efforts ont été couronnés de succès.

Himly (1797) avait déjà signalé l'inutilité de la perforation si l'on ne parvenait pas à empêcher la cicatrisation de la plaie;

mais il n'a indiqué aucun moyen pour obtenir ce résultat. Après lui on a cherché à résoudre le problème en variant la forme des instruments destinés à produire la solution de continuité ; on a employé successivement la sonde triangulaire de Paroisse, le couteau carré de Herz, le kystotome caché de Fush, l'aiguille de Michaelis, le stylet d'Itard, le kystotome de Lafaye ; mais ces perforateurs ne permirent pas plus que le trocart ordinaire d'obtenir une ouverture permanente.

Deleau, à Paris, et Fabrizi, à Modène, eurent l'idée de remplacer la simple perforation par une excision. Au moyen d'un emporte-pièce ils enlevèrent un petit disque de la membrane du tympan ; mais, quoique plus longue à se refermer, l'ouverture obtenue par ce procédé finit également par se cicatriser. Richerand, espérant obtenir avec le caustique ce que n'avait pu lui donner l'instrument tranchant, proposa de faire la perforation avec un crayon de nitrate d'argent. Ce moyen, qui a été chaudement recommandé par Ménière (le père), n'offre pas le moindre avantage sur l'emporte-pièce, ni sur les caustiques. Qu'on emploie le stylet rougi au feu (Itard), le galvanocautère (Voltolini), la pâte de Vienne (Bonnafont), l'acide sulfurique (Simrok), l'ouverture se ferme généralement dans un espace de temps qui varie entre deux et six mois. Je ne sais si Wreden a obtenu un résultat durable par la section d'une partie du manche du marteau qu'il a pratiquée plusieurs fois et qu'il conseille comme l'opération le plus propre à empêcher la régénération de la membrane. (Congrès médical international de Paris, 1867.)

Voyant l'inutilité de la perforation simple, de l'excision et de la destruction par les caustiques, plusieurs chirurgiens eurent l'idée d'interposer un corps étranger entre les lèvres de la plaie : cordes à boyaux, tiges de plomb (Saisy), bourdonnets de coton (Yearsley), petite bougie en caoutchouc (Philippeaux). Mais des accidents survinrent et l'on dut renoncer à ces moyens.

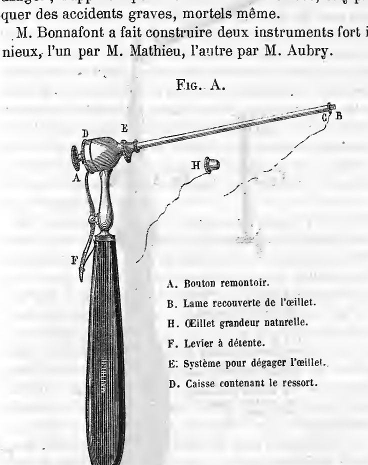
Déjà, en 1845, Frank avait essayé, mais sans succès, de fixer dans la membrane du tympan une petite canule en or. En 1868, Politzer (Wiener, Mediz. Wochenschrift), reprenant l'idée de Frank, fit fabriquer un petit œillet en caoutchouc

durci, dont la rainure, en servant de point d'appui aux lèvres de la plaie, devait assurer l'immobilisation de l'appareil. Il est parvenu, chez un de ses malades, à tenir ainsi une perforation ouverte pendant six mois. J'ai fait venir de Vienne quelques-uns des œillets dont se sert Politzer ; je n'ai pas été aussi heureux dans leur emploi que ce savant praticien...

Chez un grand nombre de malades, l'œillet est très-difficile à mettre en place ; une fois fixé, il est rare qu'il ne provoque pas une inflammation suppurative qui en favorise l'expulsion ; il a d'ailleurs, en vertu de son poids, si léger qu'il soit, une tendance à la migration qui n'est pas sans danger ; l'appareil peut tomber dans la caisse, et y provoquer des accidents graves, mortels même.

M. Bonnafont a fait construire deux instruments fort ingénieux, l'un par M. Mathieu, l'autre par M. Aubry.

Fig. A.




A. Bouton remontoir.

B. Lame recouverte de l'œillet.

H. Œillet grandeur naturelle.

F. Levier à détente.

E. Système pour dégager l'œillet.

D. Caisse contenant le ressort.

L'instrument de M. Mathieu, représenté par la figure A, permet de perforer le tympan au moyen d'un emporte-pièce, et de fixer en même temps une petite canule dans l'ouverture faite à la membrane ; mais cette petite canule, ne présentant qu'un rebord extérieur qui l'empêche de pénétrer dans la caisse, n'est pas arrêtée en dedans, et peut facilement tomber dans le conduit auditif externe. Elle est percée latéralement d'une petite ouverture dans laquelle on passe un fil fin pour la retirer si cela est nécessaire.

Fig. B.

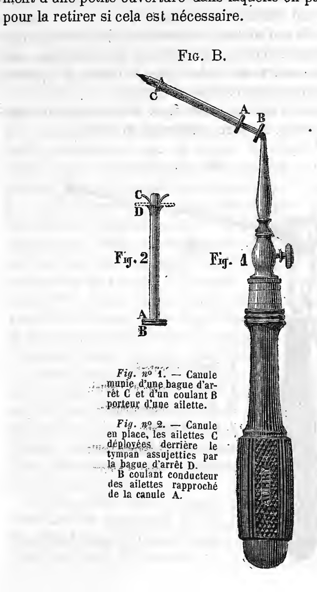



*Fig. n° 1.* — Canule munie d'une bague d'arrêt C et d'un coulant B porteur d'une ailette.

*Fig. n° 2.* — Canule en place, les ailettes C déployées derrière le tympan assujetties par la bague d'arrêt D.
B coulant conducteur des ailettes rapproché de la canule A.

L'instrument fabriqué par M. Aubry, représenté par la figure B, se compose d'un trocart coudé (fig. 1), dont la canule en aluminium A, de trois centimètres de long et de trois millimètres de diamètre, traverse la membrane avec la pointe de l'instrument. Cette canule est garnie d'une rondelle qui limite la pénétration du trocart, et empêche ainsi la pointe d'aller toucher la paroi interne de la caisse. Dans l'intérieur de la canule passent deux ou trois ailettes fixées sur un coulant B.

Une fois la perforation faite, il suffit de pousser le coulant jusqu'au niveau de la canule, au moyen d'une petite fourchette à deux branches recourbée sur le plat ; les ailettes C (fig. 2) font saillie à l'intérieur de la caisse, et vont s'appliquer à la paroi interne de la membrane du tympan ; on retire le trocart, et l'opération est terminée. Cet instrument, qui a subi dans sa longueur et son diamètre quelques modifications que l'expérience a montrées nécessaires à l'inventeur, est, sans contredit, au point de vue de la pratique de l'opération, bien supérieur à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à ce jour. Mais si la canule est introduite facilement et solidement maintenue dans la membrane du tympan, elle offre, à titre de corps étranger, les mêmes inconvénients que l'œillet de Politzer.

M. Voltolini, après avoir vainement essayé l'œillet de Politzer (il ne dit pas un mot du perforateur de Bonnafont) ? a proposé de fixer dans la membrane du tympan un petit anneau creux en or ou en aluminium qui aurait l'avantage d'établir une communication entre la caisse et l'oreille externe, sans pouvoir être déplacé par la suppuration ou par les injections que les suites de l'opération peuvent obliger le malade à se faire dans l'oreille. Voici comment opère le chirurgien de Breslau : de chaque côté du manche du marteau, il fait une incision qui commence tout près de la courte apophyse et se prolonge sans aller trop loin vers l'extrémité spatuliforme ; il embrasse l'osselet ainsi dégagé avec un petit anneau brisé creux dont les deux extrémités sont taillées en biseau, et dont la convexité présente une ouverture ovalaire.

Le diamètre de l'anneau est de 0,004$^{mm}$ ; la lumière de son canal de 0,001$^{mm}$. Une pince spéciale est destinée à placer l'appareil sur le manche du marteau, et à le serrer sur cet osselet.

La première opération de Voltolini fut pratiquée sur une dame de 56 ans dont voici l'observation telle que l'auteur la rapporte dans la *Monatscrift fur Ohrenheilkunde*, n° 1, 1874 :

« La malade est extrêmement sourde et tourmentée par des bourdonnements insupportables, l'oreille droite entend à peine la voix à travers un fort cornet acoustique ; la gauche entend un peu la conversation lorsqu'on crie très-fort. Les conduits auditifs sont larges ; les tympans opaques, mais mobiles, les trompes perméables. Le tympan gauche est perforé au moyen du galvanocautère ; mais les ouvertures ne sont pas faites en des points convenables ; légère amélioration de l'ouïe. Conversation possible avec un petit cornet acoustique. A droite, l'opération est faite avec un petit couteau, et l'introduction de l'anneau a lieu immédiatement. Quatre semaines après l'opération, la suppuration est presque complétement tarie; l'anneau est solidement fixé ; les douleurs sont insignifiantes ; les bruits presque complétement disparus ; l'ouïe tellement améliorée, qu'on peut causer avec la malade à travers un petit cornet acoustique. Les injections liquides même très-fortes ne déplacent pas l'anneau. L'expérience de Valsalva produit un petit sifflement. Quoique la suppuration ait été très-abondante, les orifices de l'anneau ne sont pas bouchés. »

L'auteur recommande de ne pas injecter de substances susceptibles d'altérer le métal ou de former avec le pus des bouchons solides dans l'intérieur de l'appareil, quoiqu'il soit toujours facile de le déboucher avec une soie de porc ou un fil métallique ? Quatre mois après l'opération, Voltolini a constaté qu'il n'y avait plus d'enflammation, que l'anneau était solidement fixé, très-nettement visible et que la membrane du tympan avait son aspect normal.

Au bout de huit mois, l'anneau était encore en place sans incommoder le moins du monde la malade. Faut-il croire avec l'auteur que si l'appareil a pu rester pendant huit mois

sans causer d'accidents il se maintiendra indéfiniment?... Quoi qu'il en soit, ce seul succès ne suffirait pas pour faire entrer dans la pratique une opération qui est loin d'être applicable à tous les malades chez lesquels il y a indication d'obtenir une perforation permanente; car pour l'exécuter sans trop de difficultés il faut avoir affaire, je ne dis pas seulement à une oreille normale, mais à une oreille qui se trouve dans des conditions exceptionnellement favorables. Il faut que le conduit auditif soit large, que la membrane du tympan se présente nettement et dans toute son étendue à l'œil du chirurgien, que sa partie antérieure ne soit pas cachée par une saillie trop considérable du conduit auditif osseux; que le manche du marteau ne soit pas devenu invisible par suite d'un épaississement de la lame externe; qu'il ait sa direction à peu près normale, que, par suite d'adhérences ou de rétraction du muscle tenseur, il ne soit pas tiré en arrière et en haut au point de rendre difficile non-seulement l'introduction de l'anneau, mais même l'incision postérieure; il faut enfin que la cavité tympanique ne soit pas trop rétrécie par suite d'un épaississement de la muqueuse ou la présence de fausses membranes.

Voltolini a appliqué son anneau à un assez grand nombre de malades, mais il ne les a pas suivis tous aussi longtemps que sa première opérée. Jusqu'à présent du moins il n'a pas publié de nouvelles observations où son appareil se soit maintenu pendant huit mois. Faut-il en conclure qu'il n'a pas toujours été également heureux?

M. de Troeltsh (*Ohrenheilkunde*, p. 369, 1873), se basant sur ce que beaucoup de perforations pathologiques se maintiennent ouvertes par suite de l'adhérence d'un de leurs bords à une partie voisine, a pensé qu'en taillant un lambeau assez grand de la membrane, et en l'appliquant sur une partie préalablement avivée de la caisse ou du conduit auditif externe, on obtiendrait un résultat analogue. Il a exécuté cette opération sur un de ses malades. Après avoir taillé un lambeau triangulaire, il le replia de bas en haut et l'appliqua contre la membrane du tympan elle-même préalablement avivée; le lambeau adhéra. Au bout de quinze

jours l'ouverture n'avait pas diminué. Le malade fut perdu de vue et les renseignements sur l'état ultérieur de la perforation font défaut.

Un médecin américain, le Dr Simrok, a proposé tout récemment (*New-York médical record*, mars 1875), pour obtenir une perforation permanente, de détruire une portion de la membrane du tympan avec un petit tampon de coton trempé dans l'acide sulfurique et de répéter la même opération qui, d'après lui, n'est nullement douloureuse, autant de fois qu'il sera nécessaire sur le tissu de cicatrice lui-même. Il espère diminuer ainsi successivement la vitalité de ce tissu et empêcher finalement la cicatrisation de la plaie.

De tous les moyens proposés jusqu'à ce jour, il n'en est pas un auquel on puisse quant à présent accorder une préférence absolue. Les faits publiés par les auteurs ne sont pas assez nombreux, les opérés n'ont pas été suivis pendant un temps assez long pour qu'il soit permis de dire que telle opération ou tel instrument soit plus propre que tel autre à maintenir ouverte une perforation chirurgicale de la membrane du tympan. Nous attendrons avant de nous prononcer qu'on ait publié de nouvelles observations ; nous expérimenterons de notre côté les nouveaux appareils; nous tenterons, chaque fois que l'occasion s'en présentera, les nouvelles opérations qu'on recommandera, et nous tiendrons les lecteurs des *Annales* au courant des progrès réalisés dans l'étude de cette intéressante question qui a de tout temps, et avec raison, préoccupé les médecins auristes.

---

Nous recevons de M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, la lettre suivante que nous nous empressons de publier, tout en faisant nos réserves sur le côté scientifique de la question.

Mon cher ami,

Voici ce que dit le Dr Trautmann dans *Archiv. für Ohrenheil Kunde*, t. IX, fascicule 4, p. 295 :

« M. Tillaux ne paraît pas plus au courant de la physique du triangle lumineux que de l'historique de la question. Comment peut-il attribuer une influence sur la production du reflet lumineux à la courbure du conduit auditif? Il ignore complétement toutes les idées émises à ce sujet. Après avoir examiné quinze tympans, je dis bien quinze, il annonce que le triangle lumineux n'a que peu de valeur pour le diagnostic. Dans les quinze cas observés, il ne trouva pas un cas de triangle normal tel qu'il est décrit par les auteurs. Une fois, il trouva *droit* l'angle formé par le manche du marteau et le triangle lumineux, mais il ignore que cette disposition dépend du degré d'inclinaison de la membrane du tympan. M. Tillaux s'étonne de n'avoir jamais vu la base du triangle lumineux aller jusqu'à la périphérie. Cependant, c'est là l'état normal. Une fois sur quinze, l'auteur a trouvé un seul point réflexe, une fois un triangle équilatéral dont la base n'allait pas jusqu'à la périphérie, et dans les deux cas l'ouïe était parfaite. C'est d'après de semblables recherches que l'auteur conclut qu'il n'y a pas de rapport entre les modifications du triangle lumineux et l'acuité de l'ouïe, et que la forme, la direction et l'étendue de ce triangle n'ont aucune valeur pour le diagnostic des maladies de l'oreille moyenne. »

J'ai tenu à rappeler textuellement la prose de notre aimable confrère allemand, et je vous demande la permission de répondre en quelques mots à une critique que vous jugerez comme moi, j'en suis certain, aussi bienveillante dans le fond que dans la forme, ce à quoi, d'ailleurs, nous sommes habitués.

Je commence par rappeler que, me plaçant exclusivement au point de vue clinique, j'avais intitulé ma communication : « *De la valeur séméiologique de la forme du triangle lumineux dans les maladies de l'oreille.* » Aussi vous comprendrez combien M. Trautmann triomphe aisément en m'accusant d'ignorer le mode de production de ce reflet ainsi que l'historique de la question ; il est si ingénieux, si habile d'accuser un homme de méconnaître les choses dont il annonce ne pas vouloir parler! Mais c'est là un procès de tendance sur lequel je ne m'arrête pas. J'attribue, dit-il, une influence sur la production du reflet lumineux à la courbure du conduit auditif. Ceci est plus fort, je suis stupéfait d'avoir exprimé d'une façon inconsciente une idée aussi absurde; mais je pense que notre bon confrère a mal lu; j'avoue même qu'il doit être doué d'un grand fond de bienveillance pour avoir poursuivi la critique d'une communication où se trouve une pareille sottise dès le début.

Ne croirait-on pas, mon cher ami, en lisant la note qui précède, que je n'ai examiné dans ma vie que quinze tympans! C'est sur l'examen de quinze tympans que j'ai conclu *qu'il n'y a pas de rapport entre les modifications du triangle lumineux et l'acuité de l'ouïe*. Je crois, décidément, que malgré tout son bon vouloir, notre confrère ne m'a pas compris. Je vais donc répéter ce que j'ai eu l'intention de démontrer dans ma communication à la Société de chirurgie en 1874.

Certes, le reflet lumineux est profondément modifié dans les maladies de l'oreille (myringites, otites moyennes, obstructions de la trompe), et il serait naïf de le contester. Tantôt allongé, tantôt élargi, réduit à quelques points isolés, etc., il manque parfois complétement. La douche d'air le modifie parfois instantanément sous les yeux de l'observateur en apportant des changements à la courbure du tympan. La question n'était donc pas là.

Un malade se présente avec une affection de l'oreille. Le reflet lumineux du tympan offre une forme quelconque. La forme de ce reflet peut-elle vous être de quelque secours pour le diagnostic de la lésion? Tel est le problème dont je cherchais la solution.

Il est bien évident que vous ne pourrez tirer parti de la forme du triangle lumineux pour le diagnostic que dans deux circonstances : 1° si vous avez examiné le sujet avant qu'il ne soit malade ; 2° si le triangle lumineux présente une forme constante, normale, physiologique. Le premier cas est à éliminer, reste le second. C'est ce dont je voulus m'assurer. Je pris quinze élèves de mon service, tous doués d'une acuité auditive normale ; je les examinai dans la même séance, avec le même éclairage ; je dessinai au tableau et fis dessiner par un jeune confrère les quinze tympans de façon à pouvoir contrôler les deux examens. (M. Trautmann s'est-il donné la peine de faire cet examen comparatif qu'il paraît trouver si insuffisant?) Or, pas un reflet lumineux n'était semblable à l'autre. Qu'aurait ajouté à la démonstration, je le demande, l'examen de cent autres tympans?

Jusqu'à ce que la clinique nous ait démontré, ce qui n'a pas encore été fait, que certaines affections de l'oreille s'accompagnent d'une forme particulière et constante du reflet lumineux, je déclare que tout homme logique, et je n'en exclus même pas M. Trautmann, devra reconnaître comme vraie cette conclusion :

*Le triangle lumineux étant variable avec chaque sujet à l'état physiologique, sa forme ne pourra être d'aucun secours dans le diagnostic des maladies de l'oreille, à moins de connaître préalablement le tympan du sujet à l'état sain.*

Agréez, etc.

TILLAUX.

---

# ANALYSE.

## Des fonctions de la trompe d'Eustache et du voile du palais.

Par le professeur Lucæ (*Virchow's Archiv.*, LXIV Band).

*La trompe d'Eustache est-elle ouverte ou fermée pendant l'acte de la déglutition et pendant d'autres mouvements, tels que la phonation, la respiration, etc.*

Ce point, qui a été et qui est encore le sujet d'une vive discussion, est mis de nouveau en question par l'auteur, qui a cherché à l'éclairer par des recherches critiques et des expérimentations physiologiques.

Tout le monde est d'ailleurs d'accord pour convenir que la pénétrabilité de la trompe est très-variable suivant les individus. Chez les uns, l'air peut y entrer pendant la respiration calme, tandis que chez d'autres la perméabilité n'existe que pendant une respiration forcée, l'expérience de Valsalva ou la déglutition. Suivant Helmoltz et Czermak, la trompe d'Eustache serait habituellement fermée, elle ne s'ouvrirait qu'à ce dernier moment.

Déjà Mach et Kessel (1) se sont efforcés d'élucider ce point délicat par des expériences physiologiques et sont arrivés à ce résultat : que le plus grand effet utile des ondes sonores sur le tympan a lieu lorsque cette membrane est protégée d'un côté contre l'extérieur, c'est-à-dire lorsque la trompe est fermée.

L'auteur a entrepris une série de recherches analogues à l'aide d'un appareil dans lequel il a cherché à imiter les conditions physiques de l'oreille moyenne ; il a pu constater que les oscillations de la membrane artificielle qui représentait le tympan avaient lieu de la façon la plus nette lorsque le tuyau aboutissant à la caisse était à demi fermé.

(1) Die Function der Trommel höhle und der Tuba Eustachii. *Sitzb. der k. Acad. d. Wissench*, 1872.

De ses recherches et de la discussion dont l'examen nous entraînerait trop loin, il conclut que la trompe d'Eustache ne doit pas être considérée comme un tube complétement ouvert, qu'elle n'est pas non plus absolument close : elle est chez le plus grand nombre de sujets légèrement fermée, et elle s'ouvre avec des différences individuelles, tantôt plus facilement, tantôt plus difficilement, suivant les changements de pression qui ont lieu dans l'arrière-gorge et la caisse.

II. — *Sur les rapports du voile du palais avec l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, au repos et en mouvement. Observation directe dans un cas de perte du nez. Expériences manométriques sur un tympan perforé.*

Déjà Michel (1) et Zaufal (2) ont publié des observations sur les mouvements de l'orifice tubaire; ces observations qui ont été faites dans des cas où la largeur inusitée des fosses nasales permettait un éclairage direct et suffisant de l'ouverture de la trompe et de ses environs, ont contribué à modifier l'opinion généralement admise sur l'influence des mouvements de déglutition sur la trompe.

Les études de l'auteur, qui confirment celles ci-dessus mentionnées, ont été faites dans les conditions suivantes :

Un marchand, G... L..., âgé de 70 ans, très-fort et d'une bonne santé habituelle fut atteint, il y a deux ans, d'affection nasale survenue sans cause appréciable. Admis dans la clinique de l'Université, il y fut traité et guéri d'un lupus, sans cependant consentir à une opération de restauration. C'est après ce temps qu'il fut examiné par le professeur Lucæ, qui décrit en ces termes l'état du malade :

« A la place du nez qui est tombé ainsi que ses os propres, on observe un trou ovale de la grosseur environ d'une noix à bords taillés à pic. La cloison osseuse est presque complétement conservée, et, de sa portion cartilagineuse, il reste seulement une partie inférieure proéminente à l'entrée des

(1) Das Verhältniss der Tubenmündung zum Gaumsegel am Lebenden, betrachtet durch die Nase. *Berlin, Klin. Wochenschr*, 1873, nº 34.

(2) Die normale Bewegang der Rachenmündung der Eustachischen Röhre *Arch. für Ohr.*, IX. S. 133, nº 228.

cavités nasales. Du côté droit les trois cornets sont intacts, recouverts de leur muqueuse rouge normale, à gauche les cornets supérieurs et inférieurs existent, moins développés cependant qu'à droite et recouverts également de leur muqueuse, le cornet moyen n'est représenté que par un petit polype de la grosseur d'un haricot, que je fus obligé d'enlever. Le plancher des narines jusqu'au palais, la voûte palatine et le voile du palais sont complétement normaux, les deux piliers de celui-ci ainsi que la luette n'ont subi aucun changement, et il en est de même des mouvements du voile du palais et de la langue. La respiration est large et profonde, la parole forte et éclatante, la déglutition régulière ; enfin, le malade entend bien pour son âge, l'exploration de l'audition lui permettant de percevoir un léger murmure de la voix à 8 pieds environ à droite et à 12 pieds à gauche. Les tympans des deux côtés ont une teinte grisâtre un peu trouble, le triangle lumineux est plus mat à droite qu'à gauche.

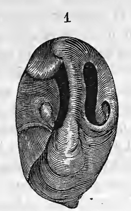
Les figures ont été faites par un peintre et prises en avant et un peu à droite, la narine étant un peu plus large de ce côté, et permettant de voir plus profondément l'orifice tubaire droit ; on aperçoit de ce côté dans les planches les cornets supérieurs et inférieurs, tandis qu'on ne les voit pas de l'autre côté. »

Si l'on considère la figure 1 (*V.* p. 362) qui représente les organes dans l'état de repos et dans la respiration calme, on voit des deux côtés les larges ouvertures des trompes limitées en avant et en dehors par la lèvre antérieure en forme de faux et en arrière et en dedans par le bourrelet cartilagineux de la trompe qui masque la fossette de Rosenmüller, enfin, la paroi postérieure du pharynx, parties recouvertes toutes par la muqueuse normale, d'une couleur rose pâle, sauf l'orifice de la trompe qui est légèrement jaunâtre.

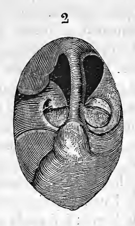
Dans la respiration calme, on n'aperçoit aucun changement du côté des trompes, les ouvertures de celles-ci sont complétement libres, mais une modification profonde se manifeste dès qu'on fait faire au malade un des mouvements suivants : la phonation, la déglutition, l'aspiration, l'inspi-

ration forcée. Sous l'influence de ces actes physiologiques les parties prennent l'aspect représenté par la figure 2.

1



2



C'est dans la phonation que l'on peut maintenir le changement le plus longtemps, et par là mieux observer l'effet produit. Si l'on fait donner au malade une voyelle convenable, on voit aussitôt le voile du palais s'élever dans une situation horizontale, son extrémité inférieure plus ou moins unie à la paroi postérieure du pharynx, tandis que son extrémité antérieure s'élève jusqu'au niveau du plancher des fosses nasales. En même temps la partie inférieure du bourrelet tubaire limitant postérieurement la trompe est tirée en arrière et s'approche du fond du pharynx, tandis que la lèvre antérieure n'est pas changée. Dans l'espace triangulaire ainsi formé, se presse la surface postérieure du voile du palais, de sorte que lorsque le changement est le plus prononcé, l'ensemble forme une figure ayant l'aspect d'une demi-lune couchée, dont les deux pointes échancrées sont tenues par les trompes. Tant que le malade chante, cette image subsiste sans variation, sauf parfois de petites vibrations observées au voile du palais ; dès que la phonation cesse, on retrouve la figure 1.

Il n'y a pas de différence essentielle en employant les voyelles et les consonnes ; du reste, l'élévation du voile du palais est plus ou moins prononcée suivant les cas, et il semble qu'elle dépend plus de l'intensité de l'intonation que

de la voyelle émise. Lorsqu'on fait exprimer des mots entiers et des phrases, il se produit un mouvement surprenant et particulier du voile du palais.

La déglutition présente une image analogue, mais elle a lieu très-rapidement ; il se produit alors une élévation du voile du palais et un mouvement simultané en arrière et en dedans du bourrelet de la trompe avec retour subit dans le repos. Ces mouvements sont à la fois plus intenses et plus rapides que ceux observés dans la phonation.

Dans l'aspiration, on obtient une image analogue à celle de la figure 2; lorsqu'on fait boire de l'eau au malade, on voit en effet, chaque fois que le liquide est aspiré, le voile du palais se placer dans une situation horizontale comme au moment de la phonation.

Enfin, dans l'inspiration profonde, un mouvement analogue se produit ; mais il n'est pas constant, et souvent cesse avant la fin de l'inspiration. L'expiration forcée ne produit aucun changement.

Il s'agit actuellement de savoir quelle est la signification de ces expériences, et si elles s'accordent avec l'opinion généralement reçue de l'ouverture de la trompe pendant l'acte de la déglutition. La comparaison des deux figures enseigne que l'orifice tubaire, d'un côté s'élargit en dedans et en arrière, et d'autre part se rétrécit de bas en haut. Reste à savoir si l'action combinée de ces mouvements ouvre l'orifice ou le referme.

Suivant Michel, l'élévation du voile du palais aurait pour résultat de fermer la trompe, qui ne devient libre que lorsque le voile s'est abaissé et que les organes sont dans le repos.

L'auteur admet également que le résultat des changements observés dans la déglutition est une fermeture de la trompe, et il s'appuie pour cela sur l'expérience suivante :

Le malade est placé l'oreille droite sur le bras d'un fauteuil, la tête étant dans une situation horizontale. Dans cette position, on fait, à l'aide d'un cathéter, tomber quelques gouttes d'eau dans l'ouverture de la trompe, et on observe attentivement ce qui se passe. Si à ce moment on engage le sujet à émettre un son ou à avaler, on voit chaque fois le

liquide projeté dans la gorge ou dans les fosses nasales; il est certain que ceci ne peut avoir lieu que si la trompe se ferme au moment de l'acte physiologique; si en effet elle était ouverte, par suite de la position horizontale de la tête, le liquide ne devrait pas être lancé au dehors. Il s'agit donc bien dans ces mouvements d'une fermeture de la trompe; cette fermeture ne s'étendant d'ailleurs qu'à un centimètre et demi dans l'intérieur du canal.

L'auteur ne se dissimule pas que son assertion est en contradiction avec l'idée généralement admise, aussi cherche-t-il à appuyer son opinion par des preuves anatomiques et physiologiques.

Quant à l'anatomie, c'est surtout l'action des muscles tenseur et élévateur qui est en question.

Pour le muscle élévateur, les auteurs ne sont pas d'accord: cependant le plus grand nombre admet que sa contraction produit une diminution de l'ouverture de la trompe. Les observations de Semeleder, à l'aide de la rhinoscopie, démontrent que l'élévation du voile du palais est accompagnée du rétrécissement de l'orifice tubaire, fait constaté par l'auteur qui a prouvé en même temps qu'il se produisait à ce moment une augmentation de pression dans la caisse.

Pour le tenseur, bien que tous les anatomistes depuis Valsalva aient admis que ce muscle était dilatateur de la trompe et antagoniste du précédent, l'auteur fait observer qu'on s'est trop préoccupé de l'action isolée de ce muscle, que son étude directe est très-difficile, et qu'on a été réduit à faire une hypothèse malheureusement basée sur l'idée préconçue de l'ouverture de la trompe pendant la déglutition. Cette ouverture a été alors attribuée au tenseur du palais; on est même allé plus loin, puisqu'on a supposé que l'élévateur agissait de même malgré l'action si nettement contractante de ce dernier. (Voir à ce propos la théorie de Politzer admise par de Trœltsch (1) et les auteurs les plus récents.) Cette théorie, d'après Lucæ, ne résiste pas à l'examen direct, et c'est une hypothèse non prouvée que de considérer le tenseur du

(1) *Traité des mal. de l'oreille.* Trad. Levi, p. 194 et suiv.

voile du palais comme dilatateur de la trompe pendant la déglutition. Au contraire, il est vraisemblable que ce muscle n'agit pour ouvrir l'orifice tubaire que lorsque la déglutition est terminée, que le voile du palais est abaissé, et que l'élévateur a cessé son action.

Au point de vue physiologique, l'auteur étudie l'expérience de Toynbee et les recherches manométriques faites tant par lui-même que par d'autres observateurs. Il démontre que dans l'expérience de Toynbee il ne se fait pas, comme le pensait celui-ci, une projection d'air dans la caisse, mais, au contraire, une diminution de pression, comme on peut le constater par des essais manométriques.

Les observations manométriques ont été faites sur des sujets ayant conservé toutes leurs capacités auditives, bien que porteurs d'altérations graves du tympan. Le manomètre était un tube de verre contenant un liquide d'une très-faible densité l'éther sulfurique, très-sensible par conséquent au moindre changement de pression; chez tous les sujets on constata pendant l'expérience de Toynbee une pression positive au début, puis négative, celle-ci cessant subitement après la déglutition terminée, et seulement à ce moment. Chez un sujet atteint de perforation traumatique du tympan, et soumis aux observations manométriques, la pression négative ne cessait pas, malgré une déglutition faite, la bouche et le nez largement ouverts. Chez cet individu il y avait probablement une occlusion momentanée de la trompe par suite d'inflammation, car, une semaine plus tard, le tympan étant cicatrisé, les mêmes recherches furent faites, et on constata que la diminution de pression constatée pendant l'expérience de Toynbee cessait aussitôt après la fin de la déglutition.

Enfin le fait suivant, bien connu des auristes, est cité par l'auteur en faveur de son opinion. Lorsqu'à l'aide d'un cathéter on insuffle de l'air dans l'oreille, le médecin qui ausculte, aussi bien que le malade, perçoivent un bruit de choc sur le tympan; si le malade ne sent aucun bruit, ni aucune pression sur cette membrane, on doit l'engager à avaler sa salive, et alors essayer de nouveau l'insufflation.

Par suite de la déglutition, le voile du palais s'applique si étroitement autour du cathéter, que tout l'air insufflé pénètre dans l'oreille. Ce fait a été également constaté par Kramer (1), et vérifié chez le malade privé de nez, dont nous avons plus haut donné l'histoire.

L'auteur ne nie pas cependant qu'une certaine aération de la caisse ne puisse avoir lieu sous l'influence de la déglutition. Seulement cette ventilation se produit, non pas parce que la trompe habituellement fermée, s'ouvre pendant la déglutition, mais bien parce que l'orifice de la trompe à demi close d'habitude se ferme perdant la déglutition pour s'ouvrir de suite après les actes physiologiques cités plus haut ; la respiration forcée, la phonation et l'aspiration agissent par un mécanisme analogue.

*Conséquences pratiques.*

D'après ces nouvelles remarques, si on examine à fond l'expérience de Politzer, on reconnaît clairement qu'il faut pour bien faire cette opération, choisir le moment opportun, c'est-à-dire celui où l'élévation du voile du palais et son application contre la paroi postérieure du pharynx, ferme hermétiquement l'arrière cavité des fosses nasales. Si à ce moment on bouche artificiellement les narines, l'air insufflé dans un espace clos de tous côtés sera comprimé et pourra vaincre la résistance de l'ouverture tubaire et pénétrer dans la caisse. Les nouvelles études de Lucæ démontrent que cette clôture hermétique de la gorge peut être produite par d'autres actes physiologiques que la déglutition ; elle a lieu aussi au moment de la phonation. Elle est peut-être moins énergique, mais elle dure plus de temps, et permet également l'insufflation de l'air dans la caisse. L'auteur a essayé ce nouveau procédé dans de nombreux cas de catarrhe qui ont été traités par lui avec succès. Cette méthode a un grand avantage, c'est celui d'être applicable chez les jeunes enfants.

D^r^ DANJOY.

(1) *Die Erkenntniss und Heilung der Ohren kr.* 1849, S. 493.

## Introduction d'une coccinelle dans l'oreille d'un enfant.

par le Dr Delpeuch.

Dans une lettre adressée au journal l'*Union médicale*, et insérée dans le numéro du 12 juin 1875, M. le docteur Delpeuch rapporte le fait de la pénétration, dans l'oreille d'une petite fille de 3 ans et demi, d'une coccinelle (insecte vulgairement connu sous le nom de bête à Bon Dieu).

Je trouvai, dit M. le docteur Delpeuch, l'enfant retenue sur les genoux de sa mère, où elle se débattait avec une extrême violence. Au milieu de ses mouvements désordonnés et accompagnés de cris aigus, je remarquai qu'elle portait vivement à l'oreille droite la main qu'elle parvenait à dégager de l'étreinte maternelle. — L'examen de l'oreille put convaincre le docteur Delpeuch qu'il y avait au fond du conduit une coccinelle...

J'envoyai chercher, écrit-il, du chloroforme, et en attendant je fis des injections d'eau. Ces injections ne donnèrent aucun résultat.

Dès que j'eus le chloroforme à ma disposition, j'en versai trois ou quatre gouttes sur une boulette de coton que j'introduisis dans l'oreille; le soulagement fut presque instantané. En moins d'une minute l'enfant se redressa, regarda d'un air étonné les personnes qui l'entouraient et quitta les genoux de sa mère pour reprendre ses jeux.

Je recommandai de faire trois fois par jour des injections d'eau tiède, et trois jours après seulement la coccinelle se présenta à l'orifice du conduit auditif, et put être facilement saisie avec les doigts.

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur le service que le chloroforme m'a rendu dans cette circonstance, et qu'il est appelé à rendre chaque fois qu'un être vivant chatouillant, agaçant la membrane du tympan par le mouvement de ses pattes, produira des accidents analogues.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle ajoute un fait nouveau à la nomenclature des corps étrangers vivants

introduits dans les conduits auditifs, et parce qu'elle nous montre l'action du chloroforme qui a semblé tuer instantanément l'insecte. Nous la reproduisons cependant pour nous élever contre la pratique de notre distingué confrère, et nous espérons qu'il ne nous en voudra pas de critiquer un traitement qui, après trois jours seulement, a eu un résultat heureux.

Nous pensons que l'introduction du chloroforme ou de l'éther dans le conduit auditif expose les malades à des otites aiguës quelquefois très-graves, et que, dans le cas particulier, l'innocuité de cette application a été due aux injections fréquentes qui ont été faites. Nous pensons, en outre, qu'il est bien inutile de mettre trois jours pour délivrer un enfant d'un insecte qui s'est introduit dans son oreille, quand un quart d'heure au plus suffit toujours pour cela. Nous avons constamment l'occasion d'extraire des corps étrangers introduits dans les conduits auditifs, et une injection chaude, suffisamment forte, n'a jamais échoué, et n'a jamais produit le moindre accident. Si, dans le fait relaté ci-dessus, les injections n'ont pas réussi, c'est simplement parce qu'elles n'ont pas été assez énergiques.

Dr Ladreit de Lacharrière.

---

## Étude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole.

par M. le Dr Cordier.

M. Cordier a réuni dans un récent opuscule, 23 observations d'enfants qui avaient été atteints de rougeole et avaient succombé, soit dans le cours de cette maladie, soit quelque temps après ; chez tous il a constaté les traces d'une otite de l'oreille moyenne.

Cette inflammation de la caisse du tympan n'a rien qui puisse étonner dans le cours d'une maladie comme la rougeole, qui provoque toujours une hypérémie plus ou moins manifeste des diverses muqueuses.

Pour M. Cordier, l'otite catarrhate existe chez tous les

malades atteints de rougeole. Elle peut être légère, et ne se manifester par aucun symptôme, mais alors même que rien ne la fait soupçonner pendant la vie, on la constate toujours après la mort.

La nature des produits contenus dans la caisse suffit pour affirmer l'existence d'un catarrhe plus ou moins aigu, car une muqueuse saine ne produit jamais à sa surface un exsudat aussi riche en globules purulents que celui qui a été observé. M. Cordier a dû rechercher si l'otite existait chez des enfants qui avaient succombé à des maladies autres que la rougeole. Il a constaté que sur 11 enfants morts de maladies du poumon, 4 présentaient les traces d'otites, et que sur 25 enfants morts de maladies diverses, 9 fois on avait observé les traces de l'inflammation de l'oreille moyenne. Cette statistique ne doit-elle pas inspirer un peu de défiance sur la spécificité de l'otite rubéolique?

Chez deux malades qui succombèrent en pleine éruption les caisses étaient remplies d'une masse muco purulente qui s'étendait jusque dans les diverticules des cellules pré-mastoïdiennes. Les osselets n'étaient pas altérés. Il en était de même du muscle de l'étrier et du muscle interne du marteau.

Dans six autopsies d'enfants morts une semaine environ après la disparition de l'exanthème, M. Cordier a rencontré dans la caisse du tympan un liquide franchement purulent.

Dans quelques cas, cette sécrétion est si abondante qu'elle provoque l'ulcération et la rupture de la membrane du tympan. Cette terminaison serait plus fréquente chez les adultes et les adolescents que chez les très-jeunes enfants. Le développement considérable que prennent les cellules mastoïdiennes pourrait expliquer cette différence.

Les lésions si profondes qu'on constate à l'autopsie ne semblent pas se manifester pendant la vie par des symptômes importants. A la seconde période se produit parfois un peu de céphalalgie, de vagues douleurs péri-auriculaires. Chez deux malades, ces douleurs furent extrêmement violentes, il y eut du délire; tous ces symptômes graves disparurent dès que la rupture du tympan permit le libre écoulement du pus.

Nous regrettons que dans aucun cas l'examen otoscopique n'ait été pratiqué pendant la vie ; nous pensons qu'il aurait pu fournir d'utiles indications.

Au début de la rougeole, le catarrhe de l'oreille moyenne passant pour ainsi dire inaperçu, il n'y a pas lieu de faire un traitement pour le combattre. Il n'en sera pas de même si le catarrhe de l'oreille persiste alors que la rougeole a suivi son évolution complète. A toutes les périodes il est une indication qu'il ne faudra jamais négliger, c'est de donner un libre écoulement aux produits de sécrétion. M. Cordier recommande le procédé de Toynbee, qui consiste à provoquer des mouvements de déglutition, les narines étant maintenues fermées, et la perforation chirurgicale du tympan, si des symptômes graves se produisent.

Nous ne voulons ajouter à cette courte analyse qu'une seule observation. Nous avons eu fréquemment l'occasion de constater la perte de l'ouie chez de jeunes enfants à la suite d'une fièvre exanthématique. Le plus souvent on n'a constaté la surdité qu'au moment de la convalescence de l'enfant, c'est-à-dire assez longtemps après que la lésion auriculaire s'était produite. Une observation plus attentive de l'état de l'oreille n'aurait-elle pas pu quelquefois prévenir de pareils malheurs ? Nous en avons la conviction, et nous ne saurions trop recommander de ne pas compter sur la bénignité du catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours des fièvres éruptives. L. de L.

---

## EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX.

---

La question de l'extirpation totale du larynx est de celles sur lesquelles on ne peut encore formuler une opinion suffisamment justifiée; cependant elle s'impose dès à présent à l'attention du public médical par le nombre croissant des opérations qui ont été exécutées, non moins que par les noms des opérateurs. En attendant que nous puissions l'apprécier dans une revue critique, nous reproduirons, à titre de docu-

ments, tous les faits récents qui peuvent concourir à faire juger cette innovation hardie de la chirurgie moderne.

Nous commençons par la traduction *in extenso* de la dernière opération pratiquée par Langenbeck.

EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX AVEC L'OS HYOIDE, UNE PARTIE DE LA LANGUE, DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE,

par **B. Langenbeck.**

(Relation de l'opération faite à la Société médicale de Berlin, séance du 28 juillet 1875.).

Messieurs, l'opération que je me permets de vous soumettre est remarquable par l'extension tout insolite dans le larynx et les parties qui l'environnent, de la dégénérescence cancéreuse, extension telle qu'il fut nécessaire d'extirper le larynx tout entier, avec l'épiglotte, l'os hyoïde et le tiers postérieur de la langue, ainsi que les parois antérieures et latérales du pharynx, l'arc du pharyngo-palatin, et une petite portion de l'œsophage. Je vais tout d'abord vous exposer très-brièvement l'histoire de la marche de la maladie.

Krause, maître de forges, de Brandenbourg, âgé de 57 ans, fut admis à la Clinique le 29 novembre 1874. Il présentait une violente dyspnée, une suffocation imminente; des accès d'une toux sifflante, une teinte cyanosée du visage. Il était donc impossible d'essayer même d'apprendre par le malade le moment probable du début de sa maladie ; nous pûmes seulement savoir que cet homme, qui, jusqu'alors avait toujours été robuste et plein de santé, avait, depuis quatre ans environ, souffert d'un rhume et d'une fatigue de la respiration, et s'était vu forcé, depuis quelque temps, de se faire traiter par des cautérisations du larynx. L'examen laryngoscopique, très-contrarié par la fatigue respiratoire, dévoila l'existence d'une ulcération sur la commissure antérieure des cordes vocales, et la disparition du cartilage aryténoïde gauche. Température du soir : 38° 2.

Le 30 novembre, on pratiqua la trachéotomie supérieure à l'aide de la chloroformisation. Les anneaux supérieurs de la trachée étaient ossifiés et très-difficiles à sectionner; l'ouverture de la trachée provoqua un accès de toux interminable auquel mit fin l'introduction de la canule. Celle-ci livra bientôt passage

à une foule de crachats visqueux et purulents, et facilita une ample respiration. (Infus. d'ipécacuanha, 10 : 150; morphine, 0,03.)

Ces accès de toux accompagnés d'une abondante expectoration de crachats visqueux et d'une fièvre vive, importunèrent le malade jusqu'au 10 décembre environ, puis, la fièvre diminua, les crachats devinrent visqueux, et, vers la fin de décembre, la plaie était tout à fait cicatrisée jusqu'à l'ouverture de la fistule trachéale, où se trouvait placée la canule.

A cette époque, on entreprit un nouvel examen, qui fit clairement constater un agrandissement sensible de l'ouverture du larynx, et de la sensibilité de cet organe à la pression. Les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire droite étaient engorgés. L'inspection de la cavité buccale et de la gorge ne laissa rien reconnaître d'anormal : le doigt à la palpation percevait encore un gonflement de l'épiglotte. A l'aide du laryngoscope, on constatait d'une façon manifeste une tuméfaction œdémateuse de l'épiglotte et du ligament ary-épiglottique, tuméfaction telle, qu'il était impossible de diriger l'examen à travers l'ouverture supérieure du larynx et la fente glottique.

L'extirpation du larynx déclarée urgente et conseillée au malade fut par lui refusée : il quitta la Clinique le 11 janvier 1875.

Le 14 juillet, Krause se fit admettre de nouveau à la Clinique. La respiration par la canule trachéale était restée parfaitement libre; mais, dans les derniers temps, la déglutition s'était toujours de plus en plus entravée, et cela à un point tel que le malade ne pouvait encore prendre que des aliments liquides. Le larynx, sur tous les points où il est accessible à la palpation était tuméfié, élargi, devenu méconnaissable dans ses contours; bref, gravement atteint. On pouvait sentir des ganglions lymphatiques engorgés de chaque côté du cou, dans la région sous-maxillaire.

En abaissant fortement la langue, on voyait saillir en arrière de sa racine une masse d'un jaune rougeâtre, mamelonnée, que nous fûmes portés à considérer comme une altération de l'épiglotte. L'examen laryngoscopique était impossible en raison de la masse considérable et très-adhérente de mucosités qui remplissait le pharynx et obstruait presque complétement l'ouverture supérieure du larynx. Au toucher, le doigt perçevait dans cette ouverture une tumeur lobuleuse, à surface mamelonnée, qui l'empêchait de pénétrer plus avant dans le pharynx. L'état général de la santé et des forces était satisfaisant.

*Extirpation du larynx, le 17 juillet, à neuf heures et demie du matin :*

Le malade fut d'abord chloroformisé par la fistule de la trachée. On retira la canule, l'ouverture trachéale fut élargie en bas, et l'on y plaça la canule-tampon de Trendelenbourg, fixée à la trachée avec la poche à enveloppe gommée de la pompe à air.

En introduisant dans la canule le tube de l'appareil à chloroformiser, on put entretenir l'anesthésie à partir de ce moment jusqu'à la fin de l'opération.

Je conduisis l'opération d'après le même procédé que celui déjà projeté par moi en 1854, dans un cas semblable, où le malade s'était aussi, en dernier lieu, refusé à l'opération, procédé que j'avais discuté à la Clinique. Une incision transversale fut faite à la peau, s'étendant du bord interne du sterno-mastoïdien droit jusqu'au bord interne du même muscle du côté gauche, à deux centimètres au-dessus de l'os hyoïde. Du milieu de cette incision, j'en fis partir une autre, verticale, sur la ligne médiane du cou au-dessus du larynx, jusque tout près de la fistule trachéale, incision qui toutefois n'entailla pas le bord supérieur de la cicatrice. La peau ainsi sectionnée forma deux lambeaux latéraux, et le larynx (cartilage thyroïde) demeura libre. Alors on extirpa les ganglions lymphatiques infiltrés ainsi que la glande sous-maxillaire droite; les muscles mylo-hyoïdiens, digastriques et hyoglosses furent coupés au-dessus de l'os hyoïde; on isola l'artère linguale, on la saisit; les ganglions et la glande sous-maxillaire gauche furent extirpés, et l'artère linguale liée. La brièveté extraordinaire du cou du malade et l'adhérence des parties molles avec le larynx, suite vraisemblable du séjour prolongé de la canule après la trachéotomie, aggravèrent encore sensiblement les difficultés de l'opération. On ne pouvait qu'imparfaitement détacher les parties molles des cartilage thyroïde et cricoïde, avec le secours des élévateurs, et l'on devait se résoudre à faire porter l'opération sur le pharynx et l'extrémité supérieure de l'œsophage, puisque le carcinome avait envahi les parties voisines.

Il était impossible de conserver la paroi antérieure du pharynx et de l'œsophage, aussi, fut-elle incisée au niveau de l'ouverture de l'arrière-bouche. Tandis qu'un crochet, enfoncé au niveau de l'os hyoïde, permettait d'attirer le larynx en bas et en avant, un fil passé dans la partie médiane de la pointe de la langue attira celle-ci au dehors près de la bouche; puis on sectionna en dedans la base de la langue, par la plaie du cou, à deux centimètres environ au-dessus de l'os hyoïde jusqu'au ni-

veau de l'arrière-bouche. Alors, des deux côtés de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde, on pinça, dans la profondeur de la plaie, les artères thyroïdiennes supérieures, et l'on en fit la ligature. La paroi du pharynx fut sectionnée des deux côtés ; il en fut de même de l'arc du pharyngo-palatin, que la traction violente du larynx faisait fortement saillir en avant. Enfin les carotides externes, qui étaient fortement tiraillées avec les parois latérales du pharynx furent isolées, d'abord à gauche, puis à droite, enfin liées sur deux points et sectionnées entre les deux ligatures. Au moment où l'on poussait violemment à travers la langue vers l'arrière-bouche, les nerfs lingual et hypoglosse avaient été isolés d'abord et ensuite sectionnés.

Le larynx ne tenait plus alors qu'à la trachée, cette dernière fut détachée au-dessous du cartilage cricoïde, de telle sorte que la canule-tampon resta néanmoins placée dans la fistule trachéale.

La région antérieure du cou, depuis le menton jusque vers le haut du sternum, n'offrait plus qu'une vaste plaie béante au fond de laquelle se détachait la colonne vertébrale, recouverte de la paroi postérieure du pharynx et de l'œsophage. L'incision cruciale faite à la peau du cou avait partagé celle-ci en deux lambeaux qui retombaient de chaque côté, comme l'eût fait un col de chemise rabattu. Plus bas, la trachée complétement détachée, était descendue de telle sorte que la canule se trouvait placée immédiatement au-dessus de l'échancrure du sternum. A l'extrémité supérieure de cette plaie béante, l'on apercevait le voile du palais et la large surface de section de la langue. Par la bouche, l'on apercevait aussi, toute blême, la partie antérieure de la langue, qui, pelotonnée derrière le maxillaire inférieur, gardait une immobilité complète.

Les muscles sectionnés ou enlevés dans cette opération étaient, sans compter les petits muscles du larynx, les sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, omo-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens, digastriques, génio-hyoïdiens, stylo-hyoïdiens, et stylo-glosses, les stylo-pharyngiens, glosso et pharyngo-palatins. On avait pratiqué 41 ligatures ; et, en particulier, celles des artères maxillaires externes, des linguales, des thyroïdiennes supérieures, des carotides externes et des laryngées. Enfin, deux nerfs, l'hypoglosse et le lingual avaient été coupés. Les deux glandes sous-maxilliaires avaient été enlevées en même temps que les ganglions lymphathiques infiltrés, dans la crainte que les glandes salivaires inférieures, dont l'accroissement de volume était apparent, ne deviussent aussi malades.

Si l'on réfléchit à l'étendue considérable de la lésion et à la longue durée de deux heures de l'opération, on était étonné du peu d'épuisement qui s'en suivit. L'aspect du malade est satisfaisant ; le pouls, à 80, était plein et robuste ; la température : 36° 8. Je crois que cela devrait surtout être attribué à cette circonstance que, à l'aide du tamponnement de la trachée, l'anesthésie provoquée par le chloroforme resta tout à fait uniforme depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération; qu'en outre on put tout à fait s'opposer à l'écoulement du sang dans le canal aérien; et qu'enfin il fut possible d'exécuter l'opération sans qu'aucune syncope ne la troublât, ou qu'un accident n'advint pendant la minutieuse dissection de cette région, la ligature des plus gros vaisseaux ayant été faite avant de les sectionner.

L'opération achevée, le malade fut promptement tiré de son anesthésie ; on instilla par la lumière du tube pharyngien un peu de vin de Hongrie; la canule tampon fut retirée ; on la replaça par une canule trachéale ordinaire, plus forte que la précédente. Pour arrêter par la canule trachéale les mucosités très-abondamment sécrétées dans la partie laissée intacte de l'arrière cavité buccale, on plaça au-dessus d'elle une compresse imbibée d'acide salicylique très-étendu (1/3 p. 0/0); on roula autour du cou cette compresse qui couvrit ainsi toute la plaie. Je crus être obligé de renoncer à rapprocher par des sutures les deux portions détachées de la peau du cou : je craignais en effet de favoriser, à la moindre tension des parties, un abaissement des parties profondes de la plaie entre les différentes surfaces de section pratiquées dans cette région. De chaque côté du cou, les lambeaux de la peau furent rabattus, et simplement maintenus par cette sorte de cravate, mentionnée plus haut, imbibée d'acide salicylique.

— 22 juillet. — Le malade a vomi deux fois depuis hier soir (conséquence de la chloroformisation). Il se porte bien d'ailleurs: pouls plein et robuste à 80; température du matin, 38°6 ; du soir, 39°8: pouls, 100. Trois fois par jour, il reçoit sa nourriture par le tube pharyngien (9 œufs, du lait et du bouillon, 500 grammes de vin de Hongrie pour la journée).

— 23 juillet. — Expectoration abondante, à travers la canule, masses visqueuses de muscosités. Température du matin, 38°6 ; du soir, 39°4. Pouls, 80.

— 25 juillet. — Le malade a bien dormi la nuit entière. La diarrhée existe depuis hier ; aussi administre-t-on, 15 gouttes de teinture d'opium. Température et pouls comme

le 23 juillet. La cavité buccale fut très-souvent nettoyée à l'aide de l'acide salicylique étendu, en raison de la fétidité qui s'exhalait *ex ore*. Une grosse éponge que l'on porta vivement au-dessus de la canule sur la paroi postérieure du pharynx, fit que tout écoulement dans la trachée ne put se produire, et les cavités de la bouche et de l'arrière-bouche furent soigneusement lavées avec une solution étendue des acides borique et salicylique.

— 26 juillet. — De nombreux crachats purulents sont rejetés, et la respiration redevient tout à fait libre et tranquille. Pouls plein, robuste, régulier à 80. Température du soir, 38°2.

— 28 juillet. — Le malade n'a pas cessé de bien se porter; il est délivré de toute fièvre.

Dans cette opération, on pratiqua la section de la paroi antérieure de l'œsophage et du pharynx ; le larynx fut incisé en arrière ; on apercevait l'os hyoïde au centre. La dégénérescence cancéreuse avait envahi la partie supérieure et détaché du larynx l'épiglotte et l'os hyoïde, au point que ces parties isolées étaient difficiles à reconnaître. La face interne du cartillage cricoïde et du thyroïde jusqu'au ventricule de Morgagni, se trouvait complétement libre ainsi que les cordes vocales inférieures. Au-dessus du ventricule de Morgagni, commençait la masse épaisse de la dégénérescence qui apparaissait sous forme d'une grosse tumeur mamelonnée, intéressant toute la portion supérieure du larynx. Les cartilages aryténoïdes et les ligaments ary-épiglottiques étaient tout à fait absorbés dans la tumeur ; l'épiglotte formait une masse lobuleuse et arrondie, distincte, dans laquelle on reconnaissait encore quelques débris dispersés du larynx. L'os hyoïde était enveloppé par la tumeur qui s'était propagée rapidement en haut, à la base de la langue.

La face antérieure du cartilage thyroïde et le pourtour du cartilage cricoïde étaient restés épargnés par la dégénérescence. La surface de section de la langue en avant des papilles du V lingual, laissait voir le tissu sain de cet organe. La portion extirpée du larynx de l'os hyoïde et de la langue mesurait 11 centimètres de longueur : la partie amputée de la langue, en avant des papilles caliciformes, mesurait à elle seule 3 centimètres.

Vous savez, Messieurs, qu'après que Czerny eût démontré clairement, par des expériences sur des chiens, la possibilité d'extirper le larynx, (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 27-28, 1870.) la première extirpation du larynx sur l'homme fut exécutée par Billroth. Le 31 décembre 1873, il extirpa le larynx d'un précep-

teur âgé de 36 ans, atteint d'un cancer épithélial. Une partie seulement des deux anneaux supérieurs de la trachée, et les cartilages cricoïde, aryténoïde et thyroïde dans leur totalité, furent extraits, ainsi qu'un tiers de la base de la langue. Le 2 mars 1874, le malade sortait guéri, ayant recouvré la parole d'une façon intelligible au moyen d'un larynx artificiel (1). (Dr C. Gussenbauer, de la première extirpation du larynx pratiquée sur l'homme, par Billroth. Relation devant la Société allemande de chirurgie, 3e réunion, 11 avril 1874. *Archives de clinique chirurgicale*, vol. XVII, titre II; Berlin, 1874, page 343.)

Une deuxième extirpation partielle du larynx fut exécutée à Prague, par Heine, au sujet d'une sténose du larynx. A quelles parties du larynx s'étendit l'extraction? je ne le sais, et me trouve forcé à cette occasion, de renvoyer à la relation, qui doit être publiée sous peu, dans le compte rendu de la quatrième réunion de la Société allemande de chirurgie, qui eut lieu cette année en avril, réunion dans laquelle on présenta le malade opéré par Heine.

Une troisième opération de ce genre fut enfin exécutée le 12 août 1874 par le Dr Maurice Schmidt, à Francfort-sur-le-Mein. pour un cancer du larynx, chez un marchand de bestiaux âgé de 56 ans, lui occasionnant une sténose du larynx, et l'imminence de suffocation, Schmidt fit l'ablation des cartilages cricoïde thyroïde et aryténoïde. L'opéré succombait, en collapsus, cinq jours après l'opération (2). (*Archives de clinique chirurgicale*, vol. XVIII, titre I, page 189.)

Dans cette énumération des opérations de ce genre qui furent pratiquées, je dois faire ici remarquer que Billroth et Schmidt firent leur incision verticalement à partir de l'os hyoïde, et entreprirent de bas en haut, par la section médiane de la trachée, l'extirpation du larynx; tandis que moi, j'ai fait une incision de la peau en forme de T, j'ai détaché le larynx de haut en bas en disséquant soigneusement ses adhérences aux parties voisines, et entrepris en fin de compte la section de la trachée. Je recommanderais aussi ma méthode, dans le cas où le larynx seul devrait être enlevé, l'épiglotte, l'os hyoïde et la langue pou-

(1) Dr Gussenbauer, *Uber. der erste durch Th. Billroth um Mensche ausgeführte Kehlkopf's Extirpation, Verhandiungeu der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, III, Congress, 11 april 1874. *Archiv. fur Klin. Chirurgie*, Band. XVII, Hft. II; Berlin, 1874, S. 343.

(2) *Archiv. fur Klin. Chirurgie*, Band. XVII; Hft., 1, S. 189.

vant encore être conservés. Avec l'extirpation de haut en bas, il est possible d'isoler et de lier les troncs assez gros d'artères importantes avant d'en faire la section, de sorte que les pertes de sang se trouvent réduites au minimum, et il ne peut en pénétrer aucune goutte dans la trachée, quand bien même on opérerait sans tamponnement de ce canal, ou quand le tampon endommagé demanderait à être remplacé. Je dois aussi faire remarquer la grande importance du tamponnement de la trachée, et c'est une bonne précaution, que d'avoir constamment en réserve plusieurs canules-tampon de Trendelenbourg, au cas où l'une ou l'autre viendrait à ne pas fonctionner d'une façon satisfaisante.

Pour pouvoir exécuter en toute sécurité ce tamponnement, on doit recommander aussi de pratiquer la trachéotomie avant de procéder à l'extirpation, et surtout, comme cela peut se faire dans la plupart des cas, d'attendre la cicatrisation de la fistule trachéale, avant d'en venir à l'opération la plus importante. Cette précaution est avantageuse en ce sens que la trachée, soudée avec la peau par l'intermédiaire de la fistule trachéale, ne subit pas un mouvement d'abaissement, comme cela arriverait inévita blement sans cela : la moindre adhérence de la trachée avec la peau du cou suffit pour éviter ce mauvais résultat.

Dans les opérations de Heine et de Schmidt, on fit l'application de larynx artificiels immédiatement après l'opération. Il fut, pour le moment, impossible de le faire chez mon malade, cette énorme plaie béante dépassait et au delà les limites du larynx, et il fut de toute nécessité d'en attendre la cicatrisation. Comme celle-ci n'a pris qu'ultérieurement cette tournure favorable, et que, malgré la complète immobilité du tronçon conservé de la langue, on peut encore espérer le retour possible de la déglutition, je ne puis faire d'avance aucun projet.

---

## Congrès des sciences médicales à Bruxelles.

M. Delstanche lit le rapport sur les travaux de la septième section :

Des défectuosités de l'organe auditif au point de vue du service militaire.

Les conclusions de la section sont formulées ainsi qu'il suit :

1° Les instructions officielles des différents états sur les

défectuosités de l'organe auditif qui rendent impropre au service militaire laissent toutes plus ou moins à désirer, tant sous le rapport des dispositions relatives à l'examen de l'oreille qu'au point de vue de la manière dont ils établissent les droits, résultant de ce chef, à l'exemption temporaire ou définitive.

2° Il importe que le médecin, appelé à se prononcer au sujet d'une maladie ou d'une infirmité de l'oreille, soit mis à même de pratiquer l'examen de l'organe dans un local convenable, et avec le secours de tous les instruments nécessaires à cet effet.

3° L'examen des cas difficiles ne pouvant se faire d'une manière satisfaisante dans le temps nécessairement restreint qui peut être consacré devant les conseils de milice ou de révision, il nous paraît opportun, en ce qui les concerne, d'étendre le système des enquêtes et de renvoyer les intéressés devant un spécialiste compétent, ou bien, ce qui serait préférable, devant une commission de spécialistes : celle-ci pourrait faire l'office de conseil de révision, et serait munie de tous les moyens dont dispose la science pour assurer le diagnostic et déjouer les tentatives de simulation et de dissimulation.

4° En vue d'obvier à l'incorporation de sujets impropres au service, tous les miliciens, réclamants ou non, devraient subir un examen sommaire de l'oreille externe et du tympan devant le conseil de milice.

5° Il est à souhaiter que la loi fixe, à l'instar de ce qui existe déjà pour la vue, la limite minima de la portée de l'ouïe compatible avec le service actif ou sédentaire. L'adoption de cette limite fournirait tout au moins une base d'appréciation certaine pour l'admission des volontaires.

6° Il est utile de distinguer entre une aptitude absolue et partielle, entre le service actif et secondaire, entre une exemption temporaire et définitive, et de formuler nettement les conditions qui caractérisent les différentes catégories. Comme base de ces distinctions, la section adopte le tableau dressé par le rapporteur, et qui conjointement avec le rapport, a servi de base à la discussion.

---

## Note sur un cas de coloration noire de la langue.

Par le Dr Féréol.

(Société médicale des hôpitaux, séance du 25 juin 1875.)

Il résulte des observations de MM. Gubler, Raynaud et Féréol, qu'on rencontre quelquefois sur la face dorsale de la langue des colorations noires, qui siégent à la partie postérieure de l'organe, en avant du V lingual ; sur la partie médiane, où elles forment un autre V à pointe antérieure, sans s'étendre sur les côtés, et où elles constituent une sorte de gazon plus ou moins épais, comparé par MM. Gubler et Raynaud à des épis ou à du foin couché par la pluie. M. Raynaud, qui a pensé de donner à cette lésion le nom d'*hypertrophie épithéliale piliforme*, a trouvé dans un cas une grande quantité de spores sur ces sortes de poils épithéliaux, spores qu'il regarde comme très-analogues ou même identiques aux éléments sporulaires du trichophyton de la teigne tonsurante.

Dans trois autres cas et deux observés par MM. Gubler et Féréol les parasites faisaient défaut.

Le lecteur peut rapprocher ces données des divers aspects de la langue décrits dans le no 3 des *Annales* à l'article *Herpétisme et arthritisme de la gorge et des premières voies.* Dr Th. Deel.

---

## ERRATA.

Les textes explicatifs des figures pages 248 et 249 du dernier fascicule ont été imprimés avec des fautes typographiques qui en rendent le sens inintelligible. — *Il faut lire :*

Page 248 :

250 diamètres. — Dégénérescence graisseuse, et formations néoplasiques. — Les muscles réduits à l'état granuleux. — Vacuoles adipeuses multiples.

Page 249 :

1o Section des thyroïdes.
2 Atrophie et dégénérescence du thyro-aryténoïdien.
2' Muscle aryténoïdien droit moins dégénéré.
3.3' Section des muscles aryténoïdiens postérieurs.
5.5' Muqueuse du pharynx.

---

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1532, 10-5)

*Le Gérant :* G. Masson.

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

## DE L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL DES SPÉCIALITÉS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Il a été beaucoup parlé dans ces derniers temps des efforts que le ministre de l'Instruction publique faisait en ce moment pour compléter ce qui manque à l'enseignement officiel de la Faculté de Médecine, et du rapport remarquable que M. Chauffard a rédigé pour la commission nommée à cet effet. Nous arrivons trop tard pour reproduire ce rapport, qui a déjà été publié et reproduit en maint endroit, et qui conclut à l'institution de six chaires de clinique complémentaire : 1° les maladies mentales ; 2° les maladies des enfants ; 3° la dermatologie ; 4° la syphiligraphie ; 5° l'ophthalmologie et l'otologie ; 6° les maladies de voies urinaires. Il ne nous convient pas, pour beaucoup de motifs, d'entrer ici dans la discussion complète des questions soulevées par ce rapport ; et nous sommes d'autant plus fondés à être brefs à ce sujet que les deux spécialités représentées par nos *Annales* ne semblent pas compter pour l'éminent rapporteur. De la laryngologie, il n'est pas dit un mot, et l'otologie, à peine mentionnée, serait réunie au service ophthalmologique. Nous ne pouvons toutefois, puisque ces projets sont à l'étude, nous dispenser de faire ici quelques observations qui trouveront leur application le jour où l'on voudra réellement fonder un centre d'études complet, avec tous les éléments dont on dispose dès aujourd'hui à Paris.

Nous avons toujours été convaincus de la nécessité de consacrer à certaine branches de notre art un enseignement spécial, et dans les premières pages de ce recueil (nº de mars 1875, *A nos lecteurs*, p. 1-4), nous avons cherché à montrer quelle en était la légitimité, et dans quel esprit de philosophie médicale cette étude devait être développée. Nous n'avons donc pu qu'applaudir au langage élevé avec lequel M. Chauffard a soutenu la même thèse. Malheureusement l'honorable inspecteur général de l'enseignement médical, se trouvant en présence de difficultés administratives de toute nature, et des prétentions rivales de plusieurs corps constitués, n'a pas donné à ses conclusions le développement que comportaient ses prémisses : il n'a proposé en définitive que des demi-mesures, lesquelles n'ont satisfait complétement personne. Nous tenons pourtant un grand compte à M. Chauffard de ses bonnes intentions, et sachant qu'à chaque jour suffit sa peine, nous accepterions comme un progrès ce qu'il propose, persuadés que le temps peut améliorer cette tentative et la compléter. Pour parler de ce qui concerne les spécialités que nous représentons, nous voyons l'avenir avec confiance, et nous sommes sûrs que le jour n'est pas loin où il faudra faire à l'otologie une part plus libérale, et faire également place à la laryngologie.

Pour l'otologie, il est triste de voir que dans la patrie d'Itard, aucun enseignement officiel n'est consacré à l'étude des maladies des oreilles. La Faculté est muette, et nous doutons que dans les cours de pathologie externe, quelques leçons puissent, à des intervalles qui sont au moins de plusieurs années, être consacrées à cet organe si important.

« L'otologie, dit le rapport n'offre qu'un champ d'études et d'applications très-restreint, et pourrait être réunie à la clinique ophthalmologique : il suffirait de réserver dans ce dernier service cinq à six lits aux malades atteints d'affections auriculaires. » Nous ne comprenons pas bien d'abord comment il sera possible d'organiser cette double clinique. Dans quelles mains voudrait-on la placer? Nous ne connaissons aucun médecin qui résume en lui seul la double notoriété qu'on sera en droit de demander au candidat à cette

chaire nouvelle, et nous sommes de ceux qui pensent que c'est une illusion profonde de croire qu'on peut, sans nuire à l'enseignement dont on est chargé, n'apprendre qu'au moment de professer. Il arrivera donc fatalement qu'une des deux branches de la nouvelle clinique sera négligée au grand détriment de l'enseignement qu'on aura voulu perfectionner. Quant au champ restreint de l'otologie, il suffit de songer au nombre considérable des personnes atteintes de surdité, il suffit de jeter un coup d'œil sur les ouvrages qui traitent des maladies des oreilles pouvant donner naissance à cette privation de l'ouïe, presque aussi pénible que celle de la vue, pour se convaincre de l'erreur qui a été commise et de l'importance que doit avoir au contraire l'enseignement de l'otologie. Nous ne pouvons admettre que cette branche de la médecine, qui a des chaires spéciales dans les Facultés les plus renommées à l'étranger, et qui est enseignée à Wurzbourg par M. de Trœltsch, à Vienne par M. Politzer, à Saint-Pétersbourg par M. Wreden, et qui l'a été á Londres par Joseph Toynbee et par M. James Hinton, soit reléguée à un rang tout à fait secondaire. Les seules conditions qui pourraient différencier la clinique des maladies des oreilles, c'est qu'il n'est pas nécessaire pour cet enseignement d'un grand nombre de lits : une consultation nombreuse et un service de pansements quotidiens dans l'établissement où elle aurait lieu seraient suffisants. On peut d'ailleurs se demander si les hôpitaux proprement dits sont le théâtre le plus convenable pour cet enseignement.

Quant au larynx, toutes les raisons que M. Chauffard a fait valoir pour démontrer la nécessité des cliniques spéciales, peuvent s'appliquer à l'étude de ses maladies : nécessité d'instruments spéciaux, d'élèves moniteurs habitués à manier ces instruments, temps suffisant donné à cette étude par un professeur qui s'y consacre d'une manière particulière, enfin nombre suffisant de malades pour la démonstration, et nous ajouterons : nombre suffisant de lits d'hôpital. En effet, un service de dispensaire ne suffit pas ici ; les maladies que le laryngoscope étudie sont surtout des maladies chroniques ; si quelques malades peuvent aller et venir, un

grand nombre, ceux qui sont atteints de phthisie laryngée, de cancer, de tumeurs du larynx, de syphilis laryngienne grave, ceux qui sont sous la menace incessante d'un œdème de la glotte ont besoin de lits d'hôpital, où ils puissent rester longtemps, où ils puissent à tout moment recevoir le secours de la trachéotomie, si elle devient nécessaire. Une leçon clinique sur l'une des maladies que nous venons de mentionner exige qu'on puisse faire passer sous les yeux des élèves, des exemples nombreux représentant toutes les variétés, tous les degrés d'évolution de l'affection chronique. Rappelons aussi qu'un seul malade ne peut être examiné par plus de deux ou trois personnes sans en éprouver une fatigue réelle. C'est encore le nombre des malades qui supplée à ce manque de tolérance de la part des sujets. A plus forte raison, les maladies aiguës, qui retentissent sur le larynx ont toutes besoin de lits d'hôpital, et ce n'est pas trop d'un de nos grands services hospitaliers pour suffire au besoin de cet enseignement, si l'on ne le réduit pas, comme on l'a fait trop longtemps, à l'avulsion des polypes laryngiens.

Telles sont pour l'oreille et le larynx les nécessités qui, un jour ou l'autre, s'imposeront à un corps enseignant animé d'un esprit de progrès. Nous ne faisons pas un reproche à M. Chauffard de ne lui avoir donné à peu près aucune place dans son rapport. Évidemment, il était limité par des questions budgétaires et par des crédits insuffisants.

Mais il est d'autres points sur lesquels il aurait pu être plus libéral et sur lesquels le *Lyon médical* a déjà appelé l'attention dans un article remarquable dû à la plume de M. Diday. Quelle est la position faite aux futurs professeurs de cliniques complémentaires? quel sera leur mode de recrutement? Pour le premier point, M. Chauffard offre de l'argent (5,000 francs) et un titre qu'on peut trouver un peu vain, tant qu'il n'aura pas sa seule sanction efficace : la participation des professeurs complémentaires aux examens de la Faculté. Tant que les élèves ne se sauront pas exposés à se trouver dans ces séances probatoires en présence des professeurs de spécialités, ils ne suivront pas leur enseignement, et l'immense majorité ne s'occupera pas de leurs

études. Les cours spéciaux seront, comme quelques cours libres faits par les médecins des hôpitaux, suivis surtout par de jeunes docteurs, sentant à un moment donné, et lorsque quelque circonstance de leur pratique les y force, la nécessité de se mettre au courant des spécialités. Mais c'est là le petit nombre, la majorité y reste étrangère et l'enseignement ne progresse pas. La participation aux examens, aux jurys de certains concours, le droit de faire le cours théorique dans les bâtiments mêmes de la faculté sont des conditions auxquelles les professeurs complémentaires tiendraient bien plus qu'aux appointements qu'on leur offre. La chose n'est pas sans précédent : il y a actuellement à la Faculté un personnage qui n'est pas professeur, et qui n'est plus agrégé depuis plusieurs années, M. le chef des travaux anatomiques, lequel prend journellement part aux examens. C'est, paraît-il, une ancienne tradition : nous ne nous en plaignons pas, mais le fait prouve que les professeurs complémentaires pourraient, sans difficulté, être admis au même privilége. C'est pour n'avoir pas admis cette participation si nécessaire à la dignité des futurs professeurs que M. Chauffard n'a pas réussi à satisfaire complétement même les professeurs complémentaires actuellement en possession des cours institués par Rayer.

D'autre part, le mode de recrutement laisse à désirer. A défaut du concours, qui serait sans doute le meilleur, et qui ferait éclore les aptitudes, la présentation au ministre par la Faculté est-elle suffisante ? Le ministre de l'instruction publique nommerait, dit-on, au besoin en dehors des agrégés, parmi certaines catégories de médecins ? Il est à craindre d'abord que la préférence ne soit toujours donnée en fait aux agrégés, même en présence de candidats désignés par des travaux sérieux et de longs services dans l'enseignement libre. M. Diday a déjà exprimé cette crainte. Elle se fait jour aussi dans le corps des médecins des hôpitaux. D'autre part, la désignation de ces professeurs, même parmi les médecins déjà chargés de services hospitaliers, soulève à tout moment des questions embarrassantes par la difficulté de concilier ce privilége, cet avancement, si l'on veut, avec les

règles adoptées pour les mutations dans les services de l'Assistance publique, c'est-à-dire le respect absolu des droits de l'ancienneté dans un corps où l'on n'entre que par le concours. Ces règles toutes spontanées, provenant de l'engagement d'honneur pris par tous les médecins du Bureau Central de ne jamais passer avant leur tour, se sont maintenues intactes depuis plus de vingt ans par la noble solidarité de cette corporation; elles sont à nos yeux un des plus beaux exemples qu'ait jamais donnés aucun corps constitué, puisque par la seule force de leur loyauté et de leur persévérance à refuser toute promotion due à la faveur, ils ont obtenu d'une administration assez jalouse la reconnaissance définitive du droit de présider eux-mêmes aux conditions de leur avancement, ce qui n'existe à notre connaissance pour aucune catégorie de fonctionnaires. Il ne faut pas faire bon marché d'un résultat si honorable pour notre profession, et toute mesure qui tend à affaiblir les statuts de la société du Bureau central est fâcheuse. Aussi en réponse au rapport de M. Chauffard, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a été saisi de contre-propositions tendant : 1° à la présentation au ministre, non pas par la Faculté seule, mais par un jury mixte composé par moitié des membres de la Faculté et de médecins des hôpitaux étrangers à la Faculté; 2° au respect absolu des droits acquis, et au maintien rigoureux du principe de l'ancienneté. Le conseil a pris en grande considération ces observations, et nommé une commission pour étudier à ce point de vue les mesures proposées par la commission du ministère de l'Instruction publique.

D'autre part, la Faculté elle-même s'est occupée de la question, et sans discuter le rapport de M. Chauffard qui n'avait pas été rédigé pour elle, a repris des projets datant de plus d'un an. Ces projets sont plus importants que ceux de M. Chauffard. D'abord, on créerait quatre chaires nouvelles de professeurs, en tout semblables aux chaires existantes et consacrées à la dermatologie, à l'ophthalmologie, aux maladies des enfants et à l'aliénation mentale. Par ces créations, la Faculté aurait, dit-on, le droit d'exiger que

l'Assistance publique lui affectât en propre des services indépendants, comme le sont les chaires de cliniques générales. Mais il faudrait sans doute à côté de ces grandes créations, maintenir ou instituer un certain nombre de cours complémentaires, sans quoi la Faculté n'échapperait pas au reproche qui lui a été fait, de laisser des lacunes dans son enseignement. Tous ces projets, on le voit, sont encore très-vagues, et nous sommes encore loin sans doute de leur solution. Toutefois, l'impulsion est donnée, on sent le besoin de faire quelque chose, et tôt ou tard, nous le répétons, il faudra faire une juste place aux spécialités de l'otologie el de la laryngologie.

LA RÉDACTION.

---

## LARYNGITE ECTHYMATEUSE SURVENUE DANS LE COURS D'UN ECTHYMA CUTANÉ. ŒDÈME DE LA GLOTTE. TRACHÉOTOMIE. GUÉRISON.

Par M. le docteur **Jules Bœckel,** chirurgien adjoint de l'hôpital civil, directeur de la *Gazette médicale de Strasbourg*.

A propos de notre récent article *Larynx,* (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiq.*, t. XX.) M. Isambert, qui nous a fait l'honneur de le soumettre à une critique étendue, (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. I, n° 4) nous reproche de n'avoir pas tenu un compte suffisant des états généraux diathésiques qui peuvent retentir sur cet organe. Il regrette en particulier qu'au chapitre *Laryngites constitutionnelles*, nous restreignions nos considérations à la tuberculose et à la syphilis, et que nous ne faisions que mentionner la scrofule, la dartre, etc.

A cela nous répondrons qu'on nous avait imposé des limites que nous ne pouvions pas franchir : que par conséquent nous avons choisi dans la grande classe des diathèses celles qui retentissent le plus souvent sur le larynx ; tout en indiquant que les autres maladies constitutionnelles, telles que le lupus, la morve, la scrofule, etc. présentent en petit dans leurs manifestations laryngées les différents symptômes que

l'on observe dans les deux espèces principales. D'autre part, si nous n'avons pas plus insisté sur les rapports qui existent entre les maladies du larynx et certains états diathésiques généraux, tels que l'herpétisme ou l'arthritisme, c'est que la littérature médicale est pauvre en faits de ce genre. En consultant les différents auteurs qui ont écrit sur la pathologie laryngée, nous n'avons trouvé que quelques indications vagues et fugaces se rattachant à cette question, mais pas de faits probants et concluants. M. Isambert dans une monographie (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. I, nº 3) basée sur des impressions toutes personnelles, a l'un des premiers établi les coïncidences que l'on peut observer entre les maladies cutanées et celles des muqueuses. Il fait remarquer que les maladies qui rentrent dans la dartre proprement dite (herpétisme) ou dans l'arthritisme seules retentissent sur la gorge: les maladies parasitaires ne paraissent pas affecter la muqueuse pharyngo-laryngée. Passant en revue les principales affections cutanées, eczéma, pityriasis, psoriasis, acné, il décrit avec soin les lésions qu'elles peuvent engendrer du côté du larynx. Le rupia et l'ecthyma, dit-il, n'ont jusqu'ici fourni aucun signe du côté de l'appareil vocal. Toutefois il est disposé à admettre que ces affections peuvent également se répercuter sur la muqueuse en question. A part ce travail, tout ou presque tout est donc encore à faire de ce côté.

Ayant eu l'occasion il y a quelques mois d'observer un cas qui rentre dans cette catégorie de faits, nous nous empressons de le signaler au public médical. Il prouve la justesse des opinions émises par M. Isambert et semble confirmer de la façon la plus éclatante la manière de voir de notre confrère.

Puisse-t-il contribuer à jeter quelque lumière sur la pathologie laryngée.

### Observation.

La nommée Eva Diemer, âgée de 9 ans, de Reitwiller Alsace) est une petite fille grêle et chétive, issue d'un mariage consanguin, entre cousin et cousine. Ses parents, d'un tempé-

rament lymphatique, ont toujours été bien portants, et jouissent actuellement de la meilleure santé.

Ils sont nés tous deux d'une semblable union. Bref, la consanguinité remonte à trois générations, attendu que l'aïeul d'Eva a épousé sa cousine. Cette coutume s'est donc transmise de père en fils, fait que l'on constate souvent dans nos villages, chez les gens aisés. Il n'y a dans la famille aucun antécédent goutteux ou herpétique : les grands parents et les aïeux d'Eva sont tous morts à un âge avancé, sauf un oncle du côté maternel, mort phthisique à l'âge de vingt ans, et le grand-père maternel décédé à l'âge de cinquante ans, à la suite d'une bronchite chronique suspecte.

Quant à la petite Eva, elle a toujours joui d'une excellente santé ; sauf deux fièvres éruptives propres à son âge, qui ont suivi une marche normale, elle n'a jamais été malade. Elle ne présente pas de ganglions engorgés, ni aucune cicatrice suspecte. Sa petite sœur âgée de 7 ans est parfaitement développée et bien portante.

Le début de son affection remonte au 20 janvier 1875. A cette époque elle fut obligée de s'aliter pour une énorme pustule, développée sur la fesse droite, qui l'empêchait de s'asseoir et lui occasionnait tous les soirs un mouvement fébrile assez accentué. Quinze jours plus tard, de nouvelles pustules se formèrent en différents endroits : entre autres deux volumineuses de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent à la région postérieure des deux coudes. On consulta M. le docteur Schneiter, de Quatzenheim, qui reconnut qu'il s'agissait de pustules d'ecthyma. Il traita la petite Eva par les moyens appropriés.

Le 15 février une pustule prit naissance sur la lèvre inférieure du côté droit, au niveau du repli gingivo-labial.

Deux jours plus tard, les gencives s'enflammèrent, et bientôt l'inflammation se propagea à toute la muqueuse buccale.

Le 18, Eva éprouva pour la première fois de la dysphagie ; en même temps sa respiration s'embarrassa : elle eut des quintes de toux excessivement pénibles et fatigantes. Le timbre de la voix s'altéra, et devint rauque. L'examen de la gorge pratiqué par le docteur Schneiter révéla une rougeur diffuse très-intense de la voûte palatine, du voile du palais, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx. Les amygdales n'étaient pas hypertrophiées. Il prescrivit un gargarisme astringent.

Le 19, l'état de la petite malade a empiré : elle est en proie à des accès de suffocation ; les quintes de toux sont plus rap-

prochées et plus longues que la veille. L'expectoration est nulle.

L'aphonie est complète aujourd'hui.

Respiration fréquente, striduleuse.

Fièvre et agitation extrême, surtout la nuit. En présence de cet état alarmant, notre honoré confrère pratique deux fois par jour la cautérisation du larynx, avec une solution de nitrate d'argent au centième.

Le 22, même état.

Le 24, les symptômes, loin de diminuer d'intensité, vont en augmentant.

M. le docteur Schneiter craignant une catastrophe et jugeant l'intervention chirurgicale opportune nous fit l'honneur de nous appeler en consultation.

Je vois pour la première fois la petite Eva à quatre heures du soir. Elle est cyanosée, anxieuse. Sa respiration est fréquente, l'inspiration est bruyante, sifflante et rappelle celle du croup. Les muscles du cou et de la face se contractent à chaque mouvement respiratoire. Le creux épigastrique est peu marqué. L'auscultation du larynx et du poumon est très-difficile à cause de l'agitation d'Eva. Elle a la peau brûlante, le pouls à 120°. Soif intense.

La déglutition est gênée et les liquides en tombant dans le larynx rendent les quintes de toux plus pénibles et plus fréquentes. La muqueuse des cavités buccale et pharyngienne présente une teinte d'un rouge vif uniforme ; les gencives sont ulcérées par place et leurs bords recouverts d'un véritable putrilage. La pustule de la lèvre inférieure signalée plus haut est grande comme une pièce de 50 centimes : elle est grisâtre et sécrète un liquide ichoreux et fétide.

On discute l'opportunité de la trachéotomie ; bien que l'asphyxie soit assez avancée, on croit devoir attendre encore, et l'on se décide à prendre l'avis d'un troisième confrère, en remettant la consultation au lendemain.

Eva passe la nuit dans un état d'anxiété extrême : elle a plusieurs accès de suffocation qui font craindre pour ses jours.

Le 25, à 3 heures du soir, je pratique l'examen laryngoscopique, en présence de MM. les docteurs Schneiter et Steinbrenner de Wasselonne, appelés en consultation, et de M. Tourneret, interne des hôpitaux. Cet examen est très-pénible, en raison de l'état asphyxique d'Eva, et de la sensibilité de la langue, qu'on parvient à grand peine à attirer au dehors. Après

quelques tentatives faites dans le but de rassurer la petite-patiente, j'arrive à placer convenablement le miroir dans le fond de la gorge.

Les rayons du soleil viennent s'y réfléchir directement et nous permettent de voir aussi nettement que possible les parties constituantes de la cavité laryngée. L'épiglotte est notablement *tuméfiée* et *boursouflée :* elle a une coloration *rouge sombre ;* sa surface est du reste polie et ne présente pas la moindre perte de substance ; les replis aryténo-épiglottiques sont fortement *infiltrés* et présentent une coloration analogue à celle de l'épiglotte. Ils masquent entièrement les parties sous-jacentes et circonscrivent une ouverture qui a tout au plus deux millimètres de large. La muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes a l'aspect de deux bourrelets fortement tuméfiés, d'un rouge sombre. Du côté droit et vers le sommet du cartilage, on constate une petite ulcération superficielle, grisâtre, qui tranche par sa coloration pâle sur les parties environnantes. Elle est arrondie, peu profonde et entourée d'une auréole d'un rouge vif. Les cordes vocales supérieures et inférieures ne sont pas visibles.

Bien que la trachéotomie ne soit pas indiquée d'une manière formelle quant à présent, nous nous décidons néanmoins à la pratiquer séance tenante, en raison de l'aggravation rapide des symptômes ; ceux-ci venant à empirer pourraient la réclamer d'urgence, à un moment où toute intervention chirurgicale serait forcément refusée, par suite de l'isolement de la ferme des époux D.

L'opération est pratiquée avec l'assistance de nos honorés confrères. On administre une petite dose de chloroforme pour faciliter les manœuvres opératoires et rendre moins douloureuse la section de la peau. Celle-ci est divisée sur la ligne médiane au niveau du cartilage cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée. Dans ce premier temps deux artérioles sont entamées et liées. Les muscles séparés et réclinés de part et d'autre, on tombe sur l'isthme de la glande thyroïde peu développé ; on le récline en bas et on aperçoit aussitôt la trachée, recouverte d'un plexus veineux très-développé. Après avoir disséqué et écarté les veines, on fend de haut en bas les deux premiers anneaux de la trachée. La canule introduite dans la plaie trachéale est maintenue à l'aide d'un ruban passé autour du cou, dont on a lié les extrémités.

Sur l'orifice de la canule on fixe une petite éponge imbibée d'eau tiède.

Aussitôt après l'opération, la respiration devient plus calme et plus régulière.

On transporte la malade au lit et on lui fait prendre une petite dose de vin généreux.

La soirée se passe bien ; Eva est beaucoup plus calme, son regard s'anime, elle semble revenir à la vie. La nuit est très-satisfaisante : Eva à deux quintes de toux, moins longues et moins fatigantes qu'avant l'opération.

Lait, bouillon.

Nous revoyons notre petite opérée le 2 mars. Elle est gaie et contente. Sa respiration est normale, elle est sans fièvre, son pouls est à 96. Les fils à ligature se détachent aujourd'hui. J'essaye de supprimer la canule ; mais un accès de suffocation survenu presque aussitôt m'oblige à la remettre en place.

Je n'insisterai pas plus longuement sur les suites de l'opération qui furent des plus simples. L'enlèvement définitif de la canule ne put se faire qu'au 21e jour, à cause d'un développement exubérant des bourgeons charnus.

Quant à l'affection cutanée, elle s'éteignit progressivement, grâce à un traitement tonique et reconstituant. Six semaines après l'opération on ne constatait plus au niveau du coude gauche qu'une cicatrice de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; les pustules du coude droit et de la fesse avaient laissé une empreinte moins visible et moins profonde. Enfin sur le reste du corps la lésion primordiale avait imprimé des traces à peine perceptibles.

Cinq mois plus tard, Eva se présenta à notre consultation. Ce n'était plus la petite fille pâle et chétive d'autrefois ; elle avait pris des couleurs et de l'embonpoint. La respiration s'exécutait régulièrement et la voix était parfaitement normale.

L'observation que nous venons de relater nous frappa vivement dès le début. Cependant nous ne trouvions pas le fait extraordinaire ; et, bien que ni nos souvenirs ni nos lectures ne nous missent en mémoire des cas analogues, nous étions disposés à voir là ce que l'on observe dans la variole, la rougeole, etc. : c'est-à-dire un retentissement de la maladie générale sur la muqueuse pharyngo-laryngée. Ce n'est, toutefois, qu'à la lecture du travail de M. Isambert que notre attention a été plus particulièrement éveillée et fixée vers ce point. Nous avons dès lors fait des recherches dans les dif-

férents auteurs ; mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elles sont restées infructueuses.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer que nous nous sommes trouvés en présence d'un ecthyma du larynx compliqué d'œdème de la glotte, dont l'origine pourrait peut-être se rattacher au vice scrofuleux. L'éruption cutanée seule nous a fourni les éléments de ce diagnostic ; car il est évident qu'en nous basant uniquement sur la pustule isolée de l'aryténoïde, et sur la rougeur diffuse de la partie supérieure du larynx, nous n'eussions pas été en droit de conclure à l'existence de cette maladie non encore décrite.

Nous ferons remarquer à ce propos, et contrairement à l'opinion de M. Isambert, qu'ici les lésions de la muqueuse laryngée ont présenté une grande analogie avec celles du tégument cutané, tandis que, d'après cet auteur, les choses se passent d'une manière différente dans la plupart des dermatoses. Il assimile, en effet, les lésions laryngées de l'herpétisme à celles de la laryngite chronique, et dit qu'il n'existe pas de signes répondant à chacun des éléments morbides, pityriasis, eczéma, psoriasis, etc. Nous admettons volontiers la manière de voir de notre confrère en ce qui concerne les dermatoses que nous venons d'énumérer ; mais nous faisons une restriction pour notre cas particulier, où il y a eu ressemblance frappante entre la pustule du larynx et celles de la peau.

Un autre point, au sujet duquel nous ne partageons pas entièrement l'avis de notre honoré confrère, est la question du pronostic des laryngites diathésiques. M. Isambert n'y voit en général aucune gravité, et tout en rapportant un passage de Barthez (*Traité des maladies goutteuses*, t. II, p. 40, Montpellier, 1819), qui cite un « cas d'angine inflammatoire de nature arthritique, où il fallut recourir à la bronchotomie, » il ne les croit guère capables d'amener des accidents sérieux. Notre observation prouve qu'il est prudent de se tenir à cet égard sur une sage réserve.

Quant à l'étiologie de l'affection générale que nous avons eue sous les yeux, on pourrait, à la rigueur, invoquer la consanguinité. Mais suffit-elle pour rendre compte de la gra-

vité des lésions observées ? A de plus autorisés que nous le soin de résoudre ce problème !

---

## DÉGÉNÉRESCENCE SYPHILITIQUE DE LA GLANDE SUB-LINGUALE,

Par le Dr Alfred **Fournier**, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté

(Note présentée à la *Société de chirurgie.*)

L'observation suivante, relative à un fait de dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale, m'a paru digne, en raison de sa rareté, d'être soumise à l'attention de la Société de chirurgie. C'est, pour ma part, le seul cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer.

M. X..., un de mes clients habituels, âgé d'une trentaine d'années, vient me consulter le 27 octobre 1873 pour des accidents assez singuliers qu'il éprouve vers la bouche. Depuis une quinzaine, dit-il, il ressent une certaine gêne pour parler et pour avaler. Ces derniers jours, ayant introduit le doigt dans la bouche pour chercher la cause de cet embarras, il a reconnu sous sa langue, du côté droit, l'existence « de quelque chose de dur, qui a certainement grossi « dans ces derniers temps, sans donner lieu cependant à la « moindre douleur. » Je remarque, en effet, en l'écoutant me raconter ce qui précède, que la parole est altérée d'une façon assez notable dans l'articulation de quelques mots. Le malade parle comme s'il avait un corps étranger dans la bouche. Relativement, les troubles de déglutition sont moindres ; ils consistent simplement en un certain embarras, en une sorte de « tiraillement », alors que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier. — Du reste, aucun trouble local ou général. État satisfaisant de toutes les fonctions ; santé parfaite.

Procédant à l'examen local, je constate aussitôt un léger soulèvement antero-postérieur dans la fosse sub-linguale

droite. Là, existe une tumeur que le doigt sent et limite facilement. Cette tumeur est située sous la muqueuse du plancher de la bouche, muqueuse d'ailleurs intacte à tous égards. Elle est oblongue, ovalaire, absolument comparable comme forme à une datte de moyen volume. Comme emplacement et comme direction, elle correspond exactement à la glande sub-linguale, et il n'est pas douteux un instant qu'elle ne soit constituée par cette glande tuméfiée, affectée d'une certaine façon. Ainsi, d'une part, elle est située sous la langue, latéralement; d'autre part, elle est plus rapprochée de la langue que du maxillaire; enfin, elle est dirigée suivant son grand axe d'avant en arrière et de dedans en dehors. Son extrémité antérieure est un peu renflée et arrondie, tandis que la postérieure, plus grêle, plus effilée, se continue jusqu'à la partie la plus reculée du plancher buccal. De la sorte, cette tumeur mesure environ 4 centimètres en longueur, sur un centimètre de large au niveau du point où elle atteint son summum de développement. — Au toucher elle est rénitente, ferme, dure, assez dure pour donner immédiatement la sensation d'un néoplasme solide et exclure l'hypothèse d'une production enkystée. — Elle constitue une lésion nettement délimitée, au pourtour de laquelle les tissus ambiants se présentent absolument sains. Enfin, elle est complétement indolente, au palper et à la pression.

Ce ne fut pas un médiocre embarras pour moi que d'instituer un diagnostic sur cette tumeur. Cependant, en y réfléchissant, les hypothèses à faire se circonscrivaient dans un cercle assez restreint. Une phlegmasie simple n'était pas admissible, vu l'absence de tout caractère inflammatoire. L'idée d'une production liquide enkystée devait être également exclue, en raison de la consistance manifestement solide de cette tumeur. Restaient les néoplasmes solides. Il me paraissait impossible de songer au cancer, vu l'âge du malade, le développement très-rapide des accidents, etc. Mais ne pouvait-il s'agir d'une production adénoïde? Pendant que je discutais à part moi ces divers diagnostics, il me revint en souvenir que mon client était un ancien syphili-

tique, et je me demandai alors si la syphilis ne pouvait être mise en cause dans le cas actuel, et si cette tuméfaction de la glande sub-linguale n'était pas une de ces infiltrations tertiaires telles qu'on en a quelquefois observé dans la glande sous-maxillaire et dans le pancréas.

Les antécédents syphilitiques du malade n'étaient pas douteux. Onze ans auparavant (en juillet 1862), je l'avais traité pour trois petits chancres syphilitiques de la rainure glando-préputiale, accompagnés de pleiades inguinales bien accusées. Quelques mois plus tard s'étaient produits divers accidents secondaires d'ailleurs assez légers : syphilide papuleuse discrète ; — éruption croûteuse du cuir chevelu ; — plaques opaline de l'isthme du gosier.

— Le traitement spécifique intervenu à cette époque avait coupé court à toute autre manifestation. Mais ce traitement n'avait été prolongé en réalité que d'une façon insuffisante. Le malade se trouvait donc, après onze ans d'infection, dans cette période où la diathèse s'accuse fréquemment par des déterminations viscérales. Il n'était pas impossible conséquemment que la lésion actuelle de la glande sub-linguale fût un accident tertiaire de vérole.

Dans cette pensée, et je dirai, dans cette espérance, je résolus de tenter le traitement spécifique, et je prescrivis un sirop d'iodure de potassium (25 grammes d'iodure par 500 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères), aux doses quotidiennes de 3, 4, 5 cuillerées à bouche, progressivement.

L'influence de cette médication fut immédiate et surprenante, comme on pourra en juger par les notes que je recueillis à chaque visite et que je transcris textuellement :

« 30 octobre (c'est-à-dire trois jours après le début du traitement), amélioration très-marquée. — La tumeur paraît diminuée. — En tout cas le malade parle et mange plus facilement.

3 novembre. — Diminution très-notable de la tumeur, réduite d'un quart pour le moins.

12 novembre. — La tumeur a diminué de moitié. — Les

troubles fonctionnels de mastication et de parole ont tout à fait disparu.

24 novembre. — La tumeur qui avait primitivement les dimensions d'une datte de moyen volume est tout au plus comparable aujourd'hui à un noyau de datte.

3 décembre. — La diminution continue.

11 décembre. — Il ne reste plus aujourd'hui de la tumeur qu'une dureté filiforme mesurant 2 centimètres environ en longueur, sur une largeur d'un millimètre.

Janvier 74. — L'induration sub-linguale est à peine perceptible. — Elle achève de disparaître dans les semaines suivantes. — Depuis lors jusqu'à ce jour, la guérison s'est maintenue.

Une action aussi rapidement, aussi immédiatement résolutive exercée par l'iodure de potassium me semble devoir laisser bien peu de doutes sur la nature spécifique de cette lésion.

Je me crois donc autorisé, de par les particularités cliniques relatées précédemment, et surtout de par les résultats du traitement spécifique, à considérer l'accident précité comme un exemple de *dégénérescence tertiaire de la glande sub-linguale,* et, dans cette opinion, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler sur ce fait l'attention de mes confrères.

Comme confirmation indirecte du diagnostic porté sur la nature de la tumeur sub-linguale, j'ajouterai que, peu de temps après l'accident dont il vient d'être question, mon client présenta à deux reprises de nouvelles manifestations spécifiques, à savoir : en décembre 73, une papule tuberculeuse du gland; — et en novembre 74, un poussée de psoriasis palmaire et plantaire, détermination morbide souvent très-tardive, comme on le sait, dans les syphilis insuffisamment traitées à leur début. Ces deux explosions de la diathèse, succédant dans un court délai à la tumeur sub-linguale, ne fournissent-elles pas un appoint de probabilité en faveur de la spécifité de ce dernier accident?

Une dernière question pourrait être agitée. En admettant,

comme cela semble bien vraisemblable, qu'on ait eu affaire dans ce cas à une dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale, quelle a été la *nature* de cette dégénérescence? S'est-il agi d'une hyperplasie simple par prolifération conjonctive, hyperplasie analogue à celle qui constitue la forme habituelle du sarcocèle syphilitique? Ou bien, s'est-il agi d'une infiltration gommeuse? Les seuls éléments cliniques dont je dispose ne me permettent pas, on le conçoit de reste, d'émettre une opinion sur ce point. Ce n'est là au surplus qu'une question secondaire, et le fait essentiel, le seul que j'ai eu en vue dans cette communication, c'est d'établir cliniquement que *la syphilis peut être l'origine de certaines tumeurs de la glande sub-linguale*. A ce fait se rattache un intérêt pratique évident, puisque, méconnues comme nature, les dégénérescences syphilitiques de la glande sub-linguale pourraient donner lieu à de regrettables erreurs diagnostiques.

---

## KYSTE PRÉ-LARYNGÉ. — SÉTON FILIFORME. — GUÉRISON.

Par M. le docteur **de Saint-Germain**,
Chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Je reçus au commencement du mois de septembre à ma consultation une petite fille de quatre ans qui présentait à la partie antérieure et médiane du cou, au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, une petite tumeur arrondie de la grosseur d'un petit œuf de poule, molle, fluctuante et suivant avec une très-grande exactitude les mouvements d'ascension et de descente du larynx. Cette tumeur, au dire des parents, remontait à sept mois, s'était développée tout d'abord sans manifester sa présence autrement que par sa saillie, mais avait déterminé bientôt des troubles notables dans les deux fonctions de la respiration et de la déglutition. La respiration, à l'époque de l'admission de l'enfant à l'hôpital, était tellement entravée que l'on entendait à une

distance de 2 mètres environ, l'inspiration se faire bruyamment ; l'expiration ne paraissait nullement compromise. Quant à la déglutition, elle était devenue presque impossible. Le premier temps se faisait correctement ; mais dès que l'aliment liquide ou solide avait pénétré à la partie supérieure du pharynx, des mouvements violents de régurgitation se produisaient, le vomissement s'opérait, et la pauvre petite malade était destinée à succomber dans un laps de temps très-court à une véritable inanition, si la chirurgie ne lui était venue en aide. La tumeur, je l'ai déjà dit, était absolument située sur la ligne médiane au niveau de la membrane crico-tyroïdienne, très-fluctuante dans ses deux tiers antérieurs. Le tiers postérieur, au contraire, présentait au doigt de l'observateur une sorte de disque assez dur auquel il était fort difficile d'assigner des limites tranchées avec le larynx. Ce disque semblait faire corps avec le cricoïde. Peu soucieux de tenter une extirpation toujours dangereuse en pareil cas, et désireux cependant de soulager ma petite malade, je pris le parti de transpercer d'outre en outre la masse kystique à l'aide d'une aiguille courbe armée d'un fil enfoncé perpendiculairement à l'axe de l'arbre respiratoire, et je laissai le fil à demeure.

Aussitôt nous assistâmes à l'évacuation d'une certaine quantité de liquide assez épais, un peu rougeâtre, non purulent et en tout semblable à celui des kystes de ces régions. Quelques pressions modérées terminèrent la séance. Le lendemain la fièvre s'était allumée. Les yeux de l'enfant étaient brillants, la dysphagie n'avait pas cédé, non plus que la dyspnée. Le pus commençait à se montrer aux deux points d'émergence du fil; mais ne s'écoulait qu'en très-petite quantité. Cet état de choses persista jusqu'au huitième jour de l'opération. A partir de ce moment, les troubles du côté de la dyspnée et de la dysphagie devinrent moins accusés. L'enfant put se nourrir. La gaieté revint au bout de quelques jours, et la poche kystique se mit à se vider avec une certaine lenteur, mais d'une manière continue. Aujourd'hui, 2 novembre, c'est-à-dire deux mois environ après son entrée à l'hôpital, l'enfant sort absolument guérie ; elle ne présente plus

guère au niveau de la région crico-thyroïdienne qu'une petite masse indurée de la largeur d'une pièce d'un franc. La dysphagie et la dyspnée ont absolument disparu. En présence de cette guérison inattendue et inespérée, on est en droit de se demander à quel ordre de tumeur appartenait ce kyste. Évidemment aux kystes séreux. Tout l'atteste, depuis la qualité particulière du liquide recueilli jusqu'à la bénignité qui a présidé à l'opération. De quelle nature étaient cette dyspnée et cette dysphagie si bizarres? Évidemment, elles étaient dues à la compression sur les parties profondes de la poche remplie de liquide, et par conséquent incompressible, de sorte que le larynx subissait, au niveau du cartilage cricoïde, une pression constante dirigée d'avant en arrière et transmise par le même mécanisme à la partie antérieure et supérieure à l'œsophage. Le cas échéant, je n'hésiterais pas à employer le même procédé, savoir le séton filiforme qui s'introduit sans grande douleur, donne un écoulement très-suffisant quoique assez lent, et ne laisse après la guérison aucune de ces cicatrices toujours si difficiles à déguiser ou à expliquer quand il s'agit de la région antérieure du cou. Aussi ai-je cru cette courte observation digne d'intérêt, et c'est à ce titre que je l'ai recueillie moi-même.

---

## GOMMES SYPHILITIQUES DE L'ÉPIGLOTTE.

Par le Dr **Isambert.**

Tous les auteurs qui ont traité de la syphilis tertiaire et de ses manifestations sur les voies respiratoires, ont admis et décrit des gommes du larynx et de la trachée analogues à celles que l'on observe à la surface cutanée ou aux orifices naturels, particulièrement dans la bouche, à la voûte palatine et dans la gorge. Quant aux gommes laryngées, que l'inspection directe ne peut atteindre, leur existence n'a été souvent révélée que par les symptômes et les descriptions en ont été fournies le plus ordinairement par l'anatomie patho-

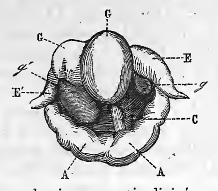
logique. Mais il est surtout important de les étudier du vivant du malade, au moment de leur évolution, et c'est ce que permet l'usage du laryngoscope. La plupart des médecins habitués au maniement du miroir auront pu voir des tumeurs syphilitiques surtout sur les aryténoïdes et l'infundibulum laryngien. Mais nous croyons qu'il est utile de donner la description et surtout la représentation exacte de ces tumeurs quand on a l'occasion de le faire. C'est ce qui nous engage à publier ici l'observation sommaire et le dessin de gommes syphilitiques de l'épiglotte que nous avons pu récemment tracer d'après nature sur un malade soumis à notre observation.

Le nommé B..., âgé de trente ans, qui vient se présenter à nous le 25 juillet 1875, à l'hôpital Lariboisière, a eu il y a sept ans, un chancre suivi de plaques muqueuses de la bouche. Sans pouvoir indiquer exactement les phases qu'a pu parcourir cette maladie, pour laquelle il a suivi à l'origine un traitement spécifique, le malade fait remonter à un an seulement les accidents de la gorge qui lui ont occasionné de vives douleurs pendant plusieurs mois. C'est probablement à cette époque que se sont produites les ulcérations graves dont il porte la trace au voile du palais et dans la gorge. On voit, en effet, des cicatrices blanches caractéristiques tout autour de la racine de la luette, et, plus en dehors, au-dessus du pilier antérieur droit. La paroi postérieure du pharynx présente une demi-étoile cicatricielle nacrée, semblable à celles que l'on a décrites dans les angines scrofuleuses, et qui est masquée en partie par le voile du palais. Ces lésions expliquent comment le malade a eu la voix nasonnée, et a longtemps laissé remonter dans les narines les liquides qu'il avalait, mais elles sont maintenant cicatrisées, et il ne reste plus qu'un peu de gêne de ce côté.

En examinant au laryngoscope, on aperçoit immédiatement sur l'épiglotte les tumeurs dont nous donnons ici le dessin avec leurs dimensions naturelles :

Au milieu de l'image une tumeur ovoïde (G), grosse comme une noisette ou un petit œuf de canaris, se détache

du bord libre et du point médian de l'épiglotte E E', laquelle est tuméfiée dans toute son étendue. En G', une seconde




tumeur moins volumineuse, mais divisée par un sillon et ressemblant à un gros pois chiche, occupe la partie latérale de l'épiglotte, et s'implante aussi sur le bord libre de cet opercule. Au-dessous de celle-ci, et sur un plan plus profond, une troisième tumeur $g'$, dont le volume est d'environ la moitié de la tumeur centrale G, plonge dans l'infundibulum et paraît reposer sur la corde vocale correspondante. Du côté opposé, une tumeur beaucoup plus petite, atteignant au plus le volume d'un petit pois, apparaît à une profondeur un peu plus grande dans l'infundibulum et adhère à la face inférieure de l'épiglotte. Une seule corde vocale est visible ; elle est rougie et un peu tuméfiée, mais elle fonctionne régulièrement. Les éminences aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques sont légèrement tuméfiés et un peu œdémateux. Quant aux grosses tumeurs, elles sont d'une teinte rose à peu près normale, et fortement distendues par la matière qu'elles renferment.

Les symptômes accusés par le malade ne sont pas aussi graves qu'on pourrait le supposer avec de pareilles lésions. La voix est faible et un peu nasonnée ; le malade éprouve un chatouillement du gosier, qui par moment provoque la toux ; il a eu déjà quelques accès d'étouffements pendant la nuit, mais la menace n'a pas paru très-forte, ce qui s'explique par le siége assez relevé des tumeurs au-dessus de la glotte. Une adhérence établie par une bride anormale entre la base de la langue et la face supérieure de l'épiglotte empêche

d'ailleurs la procidence de cet opercule. Il y a également de la gêne dans la déglutition, particulièrement pour les liquides.

L'état général n'est pas mauvais ; toutefois le malade est d'un tempérament lymphatico-strumeux (il a eu dans son enfance des ophthalmies répétées et des adénites), ce qui, dans nos idées, concorde avec l'étoile cicatricielle de la paroi pharyngienne postérieure, lésion plus propre à la scrofule ou aux cas mixtes qu'à la syphilis elle-même.

Quoiqu'il en soit, et en présence d'accidents qui peuvent d'un instant à l'autre déterminer l'occlusion de la glotte, nous prescrivons au malade, le 25 juillet, un traitement spécifique énergique, l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour ; frictions matin et soir sur toute la région cervicale antérieure avec l'onguent napolitain ; deux fois par semaine toucher directement les tumeurs épiglottiques avec l'éponge imbibée de chlorure de zinc ou d'acide chromique, à dose seulement styptique, c'est-à-dire au 100$^e$.

Ce traitement est suivi régulièrement pendant trois semaines, et le malade éprouve rapidement un soulagement notable. Les accès de suffocation ne reparaissent plus. La gêne de la gorge est moindre. Il part alors pour effectuer un voyage auquel l'appellent ses fonctions, mais il continue, autant que faire se peut, l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Nous le revoyons le 8 et le 16 octobre. Les tumeurs ont diminué de plus de moitié. De plus, au lieu d'être distendues et luisantes comme au début, elles semblent flasques, demi-flétries, et leur coloration ne diffère plus de celle de la muqueuse voisine. La tumeur *g* a disparu, la tumeur G' n'existe presque plus. L'épiglotte a perdu beaucoup de son volume, ainsi que les aryténoïdes. Le malade est encore obligé de voyager, mais il continue à prendre l'iodure de potassium, et reviendra nous voir jusqu'à une guérison qui ne paraît pas devoir se faire attendre bien longtemps, s'il peut mettre un peu plus de régularité dans son traitement.

Fin décembre. — Les tumeurs ont à peine le cinquième de leur volume primitif.

---

# REVUE CRITIQUE.

## DES FRACTURES DU LARYNX.

Par M. le Dr **M. Laugier**, ancien interne lauréat des hôpitaux.

L'histoire des fractures du larynx, comme celle des fractures de l'appareil hyoïdien, est de date récente et appartient essentiellement, pour ne pas dire exclusivement, à la chirurgie contemporaine. Si on excepte Monteggia et Morgagni, qui, dans sa 29e lettre, signale, en termes d'ailleurs fort concis, les fractures du larynx résultant de la pendaison, tous les auteurs antérieurs aux premières années de ce siècle ne font aucune mention du sujet qui nous occupe. Jusqu'à l'apparition du traité de Malgaigne, il n'existait dans la science que quelques observations, dont plusieurs d'ailleurs très-complètes, recueillies, soit par des chirurgiens (Ladoz, Marjolin), soit par des médecins légistes (Cazauvieilh, Devergie) : les auteurs classiques, J.-L. Petit, Desault, Boyer, Dupuytren, Nélaton, le dictionnaire en 30 volumes, étaient muets sur cette intéressante question. Le chapitre consacré par Malgaigne aux fractures du larynx, bien qu'il y soit parlé des fractures *par cause directe* et des fractures *par pendaison*, bien qu'il y soit insisté sur l'extrême gravité de plusieurs de ces lésions, n'est lui-même qu'une sorte d'esquisse de la question, et c'est à Cavasse que nous devons la première monographie publiée sur ce sujet, soit en France, soit à l'étranger. Cet important mémoire, dont notre regretté confrère avait puisé la première idée à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service du professeur Laugier, a servi de point de départ à plusieurs travaux ultérieurs dont le plus considérable est le chapitre consacré par le professeur E. Gurlt (de Berlin), dans son *Traité des fractures*, aux fractures de l'hyoïde et du larynx. En 1868 le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand), à l'occasion d'un fait observé par lui, a étudié, dans une intéressante notice, les fractures du larynx envisagées principalement au point de vue du traitement et de l'intervention chirurgicale. La même année, le docteur A. Hénocque publiait dans la *Gazette hebdomadaire* une étude d'histoire et de

critique où se trouvaient résumés et discutés de la façon la plus complète tous les documents français et étrangers publiés jusque-là. Enfin, un bon article inséré par le docteur Béchade dans le *Recueil de médecine militaire* (mai 1870) et intitulé *Fractures du larynx par cause directe*, et la thèse inaugurale du docteur Mussat consacrée à la grave question de la trachéotomie préventive sont venus clore la série des travaux consacrés aux fractures du larynx. Nous ne saurions trop attirer l'attention sur les mémoires que nous venons de citer : l'ouvrage de Gurlt, entre autres, contient l'analyse détaillée de 47 observations, auxquelles, dans l'impossibilité où nous nous trouvons de les reproduire ici, nous ne pouvons que renvoyer nos confrères. La notice que nous publions aujourd'hui dans les *Annales* n'a qu'un but, c'est de résumer aussi complétement que possible les travaux de nos devanciers.

La situation du larynx à la partie antérieure et moyenne du cou, au-devant d'une colonne rigide, sa position superficielle, la saillie qu'il offre chez beaucoup de sujets, rendent facilement compte du mécanisme qui préside à la plupart des fractures observées, et que Heiller, Cavasse, Helwig, Casper, Gurlt et Béchade ont pu reproduire dans leurs expérimentations sur le cadavre. Tantôt c'est un choc violent (chute sur le cou, le larynx étant fixé par la contraction musculaire, coup de poing, coup de pied), qui porte d'avant en arrière sur le thyroïde seul, ou sur le thyroïde et le cricoïde tout ensemble: le thyroïde peut alors se trouver fracturé dans le voisinage de sa partie médiane, ou latéralement, l'angle antérieur du cartilage ayant en quelque sorte été aplati. Tantôt c'est une pression énergique comme celle des doigts qui, pressant le larynx d'un bord à l'autre, tend à en rapprocher les deux ailes ; dans ce dernier cas, grâce à l'élasticité du tissu cartilagineux plus spécialement mise en jeu, la fracture ne sera le plus souvent qu'incomplète. Ces deux mécanismes, aplatissement par pression antéro-postérieure, écrasement par pression bilatérale, président à la plupart des fractures du larynx, quarante fois sur cinquante-deux (Hénocque). Quant à la strangulation par un lien ou la pendaison judiciaire ou suicide, qui ne comprend que quelques cas,

il est probable que le mécanisme de la fracture, d'ailleurs difficile à constater, et qui n'a pu être reproduit sur le cadavre, n'est pas en pareil cas toujours le même et se rattache, suivant les circonstances, ou à l'écrasement latéral ou à l'aplatissement antéro-postérieur et le plus souvent à ce dernier.

Le siége, la forme et l'étendue de la fracture du thyroïde sont variables, avec cette restriction toutefois que jamais la fracture n'a été rencontrée siégeant au niveau d'un petit losange signalé par le docteur Rambaud, et qui sert en quelque sorte de charnière aux deux valves du cartilage. C'est généralement au point de réunion de cette partie centrale et d'une face latérale que se trouve le trait de la fracture (Cavasse). Quant à la fracture du cricoïde, quel que soit le sens dans lequel ait agi la violence, qu'il y ait eu par conséquent pression antéro-postérieure ou pression latérale, elle résulte de l'aplatissement éprouvé par l'anneau cricoïdien; elle est le plus souvent double, bilatérale, et occupe le segment antérieur (Cavasse). Dans l'observation rapportée par le docteur Fredet, la fracture cricoïdienne était triple et intéressait, outre les parties latérales, le milieu de la face postérieure du cartilage. Les indications relatives à l'âge des blessés prouvent péremptoirement que l'ossification n'est pas, comme le pensait Marjolin, une condition essentielle de fracture : en effet, sur cinquante-deux cas, trente-deux fois les blessés étaient âgés seulement de trente ans et au-dessous, et l'on sait que les cartilages thyroïde et cricoïde ne sont pas encore complétement ossifiés à quarante-cinq ans.

Pour résumer les détails étiologiques dans lesquels nous avons dû entrer, nous ne pouvons mieux faire que de recourir au tableau ci-dessous que nous empruntons à l'article déjà cité d'Hénocque:

| | |
|---|---|
| Pendaison (suicide)........... | 4 cas. |
| Pendaison judiciaire........... | 3 — |
| Pression avec la main....... . | 15 — |
| Coups portés sur le larynx..... | 15 — |
| Compression accidentelle, écrasement, chute sur le cou...... | 11 — |

Au point de vue médico-légal ces chiffres présentent un grand intérêt : on voit quelle place les causes criminelles occupent dans cette statistique (30 cas sur 52), et sur ces 30 cas, 15 morts par pression de la main ! Nous devons ajouter, toutefois, que cette proportion considérable est bien différente de celle qu'a fournie au professeur Tardieu le hasard des expertises judiciaires : dans sa pratique personnelle, notre éminent maître n'a pas rencontré un seul cas de fracture du larynx à la suite de strangulation. Quant à la pendaison suicide, elle ne figure au contraire dans les statistiques que pour un chiffre minime (4), et encore convient-il d'ajouter que, sur 102 suicides par suspension, Remer n'a compté qu'un seul cas de fracture. Il suit de là que l'expert qui trouvera chez un individu considéré comme victime d'un suicide par pendaison une fracture du larynx, devra rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas, soit du côté de la peau, soit dans les tissus sous-jacents, des signes d'une pression criminelle, telles qu'ecchymoses, empreintes des ongles et des doigts, et ne pas oublier que la suspension *post mortem* peut servir à dissimuler un meurtre.

Nous venons de donner, à propos de l'étiologie et du mécanisme, quelques détails sur les différentes espèces de fractures observées. Nous y revenons en les complétant par le résumé suivant. Pour le thyroïde, les fractures sont simples ou multiples, complètes ou incomplètes, verticales ou obliques, à bords nets ou à tranche irrégulière, et ces différentes variétés peuvent se trouver réunies. Les fractures longitudinales avec enfoncement des ailes paraissent résulter surtout des pressions latérales, tandis que l'aplatissement antéro-postérieur produirait des fractures beaucoup plus irrégulières et toujours complexes (A. Hénocque). Les fractures des cornes trouvent leur explication dans le choc de ces appendices contre la colonne cervicale. Le cricoïde se brise surtout dans le sens vertical, et de même que pour le thyroïde, les fractures multiples s'observent de préférence dans les cas d'aplatissement d'avant en arrière. Lorsque la fracture résulte d'une violence considérable, les lésions ne se bornent pas aux cartilages, et les parties molles, tant super-

ficielles que profondes, présentent de graves altérations. La peau peut, dans les cas de strangulation avec les doigts, porter des empreintes produites par la pression des ongles et des doigts, des ecchymoses étendues occuper le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles thyro-hyoïdiens être infiltrés de sang et des plaques de sang coagulé tapisser la face interne des cartilages. A l'intérieur du larynx on a trouvé du sang épanché sous la muqueuse et même sous les muscles crico-aryténoïdiens, dans le cas de fracture du cricoïde. Quelquefois même à ces épanchements succèdent des abcès communiquant avec le larynx. Quant à la muqueuse, elle est généralement très-injectée ; elle est parfois décollée et déchirée par les extrémités des fragments et peut devenir le siége d'un œdème considérable s'étendant aux cordes vocales, aux ventricules et aux ligaments aryténo-épiglottiques; on voit à quel point ces graves désordres rendent compte des accidents formidables auxquels succombent tant de blessés. Mentionnons enfin différentes lésions concomitantes qui viennent quelquefois compliquer la fracture du larynx et qui dénotent un véritable broiement du cou et des régions voisines : telles sont les fractures de l'hyoïde et de la trachée, de la clavicule et du maxillaire inférieur, et la rupture de la veine jugulaire observée une fois (Simeons).

Parmi les symptômes physiques qui ont été décrits dans la plupart des observations, signalons tout d'abord la douleur vive, limitée à la région antérieure du cou, et le gonflement énorme des parties molles. Quelquefois il existe un emphysème considérable dont le point de départ est dans une déchirure de la muqueuse, et qui peut s'étendre à la totalité du cou, aux membres supérieurs et, profondément, gagner le médiastin. La déformation de la région antérieure du cou consistant, soit en une saillie, soit en un enfoncement, a été plusieurs fois notée. Quant à la crépitation osseuse ou cartilagineuse, qu'il ne faut pas confondre avec la fausse crépitation obtenue, à l'état normal, par la pression des cornes du thyroïde contre la colonne vertébrale, elle manque souvent. Elle pourrait être constatée soit par l'exploration extérieure de la région, soit par l'action du doigt introduit dans

l'arrière-bouche jusque sur les côtés de l'épiglotte : mais nous estimons qu'une pareille recherche doit être, sinon déconseillée, au moins dirigée avec la plus extrême prudence, en présence des accidents promptement mortels qui pourraient résulter d'un brusque déplacement des fragments. — Au nombre des signes fonctionnels se place en premier lieu la dyspnée avec les phénomènes concomitants d'anxiété extrême, de toux, de sifflements, râles et gargouillement laryngien et quelquefois de crachements de sang (Cavasse), et il ne faut pas surtout perdre de vue que ces accidents, le plus souvent immédiats, peuvent se montrer brusquement au bout de plusieurs jours, alors que rien ne pouvait les faire prévoir. La voix présente tous les degrés de l'altération, depuis la simple raucité jusqu'à l'aphonie complète. Quant à la déglutition, elle est le plus souvent très-gênée. D'une manière générale, le moindre mouvement de la langue, le plus petit effort pour parler ou pour avaler, en un mot tout acte physiologique tendant à mettre en jeu l'appareil hyo-laryngien, est le plus souvent pour les blessés, au moins dans les premiers temps, une cause de vives souffrances.

Les symptômes que nous venons d'indiquer permettent d'arriver le plus souvent à un diagnostic certain. S'il s'agit d'une fracture compliquée, nous ne voyons guère de difficulté possible : la crépitation perçue par le malade ou le chirurgien, la déformation du cou, l'emphysème sont des signes dont la valeur est absolue ; mais si la fracture ne s'accompagne pas de graves désordres extérieurs, surtout si le thyroïde n'est pas atteint et qu'il n'y ait qu'une lésion du cricoïde, le diagnostic peut n'être fait qu'à l'autopsie. C'est ce qui a eu lieu pour un des blessés dont le docteur Lenglet a présenté l'observation à la Société anatomique (*Bull. Soc. anat.*, 1866).

Il suffit, pour apprécier toute la gravité des fractures du larynx, de consulter le tableau statistique dressé par Hénocque. Sur 52 cas on compte 43 morts, c'est-à-dire plus des trois quarts ! Les fractures du cricoïde donnent 19 morts sur 19 cas : celles du thyroïde seul, 18 morts sur 23 cas. Ce qui ajoute encore à la gravité du pronostic, c'est la marche

trop souvent insidieuse des accidents. Un malade dont l'état est en apparence satisfaisant, et qu'on semblerait autorisé à croire en bonne voie de guérison, peut être pris brusquement d'accès de suffocation immédiatement mortels : c'est là un point qu'il de faut jamais perdre de vue. Ajoutons que dans les cas les plus favorables, la convalescence peut se prolonger pendant plusieurs mois, et que, s'il y a eu trachéotomie, les malades sont astreints, en raison du rétrécissement du larynx consécutif à la fracture, à l'usage de la canule trachéale en permanence. Il nous reste à examiner si une thérapeutique plus hardie que celle qui a eu cours jusqu'à présent serait de nature à faire espérer des résultats meilleurs.

Si on se trouve en présence d'une fracture accompagnée d'accidents de suffocation formidables, il n'y a guère d'hésitation possible : il faut intervenir promptement et énergiquement, et pratiquer, soit la trachéotomie, soit la laryngotomie. Sans doute l'opération pourra être d'une extrême difficulté (observation de Maisonneuve, thèse de Cavasse) : les parties molles, ramollies et tuméfiées, pourront former au devant du larynx broyé et aplati une couche épaisse, dépourvue de points de repère ; mais les circonstances ne sont pas toujours aussi défavorables, et d'ailleurs, même en pareil cas, on pourra réussir. Quant au choix à faire entre la trachéotomie et la laryngotomie, il sera dicté par les renseignements qu'aura fournis l'examen attentif du malade, et nous ajoutons avec Hénocque que cette dernière opération paraît convenir plus spécialement aux cas dans lesquels les désordres du cricoïde et du thyroïde sont le plus graves, car elle pourra permettre d'enlever ou de remettre en place et de maintenir les fragments cartilagineux.

Supposons maintenant qu'il s'agisse de ces cas où les accidents paraissent peu sérieux (cas *simples* de Fredet), où les malades peuvent guérir en quelque sorte spontanément (observations de Marjolin, Piédagnel, Gibb), mais dans lesquels cependant rien ne peut garantir contre les dangers d'une mort subite (observ. de Laugier, th. de Cavasse), à quelle conduite devra-t-on s'arrêter ? Faudra-t-il se contenter d'un traitement palliatif, c'est-à-dire soumettre sim-

plement le malade à l'usage des aliments liquides administrés, s'il le faut, au moyen de la sonde œsophagienne introduite par la narine, le condamner au silence et à l'immobilité, chercher à maintenir les fragments par l'emploi de bandelettes de diachylon ou mieux encore par la demi-flexion de la tête en avant, et combattre les accidents inflammatoires consécutifs par l'ensemble des antiphlogistiques locaux et généraux usités en pareils cas ? Devra-t-on en conséquence n'avoir recours à la trachéotomie que dans le cas où il surviendrait des menaces d'asphyxie, ou conviendra-t-il, au contraire, d'opérer d'urgence et de placer tout d'abord une canule dans la trachée, de pratiquer en un mot la trachéotomie *préventive ?* C'est là une grave question de thérapeutique sur laquelle l'accord ne nous paraît pas établi. A. Hénocque insiste très-énergiquement sur la nécessité de la trachéotomie, dès que la suffocation devient menaçante, et cela à quelque période que ce soit, mais il conseille les palliatifs pour les cas simples. De même Fredet ne propose d'opération que pour les fractures compliquées. Tel est également l'avis exprimé par Bœckel dans son article du dictionnaire Baillière. L'opinion qui précède ne repose, il faut bien le dire, sur d'autre fondement que les trois observations déjà citées de Piédagnel, Marjolin et Gibb, et la responsabilité grave qu'encourt un chirurgien en opérant un malade qui aurait pu guérir seul. Ce n'est pas que nous méconnaissions la valeur de ce double argument, mais nous sommes forcés de reconnaître que la thèse adverse, soutenue avec conviction par le docteur Mussat, a pour elle de bien sérieuses raisons. Notre confrère, partant de ce fait incontestable qu'il n'existe *a priori* aucun moyen de savoir si une fracture qui s'annonce comme simple donnera lieu ou non à des accidents promptement mortels, conclut sans hésiter à la trachéotomie préventive appréciée en ces termes par le docteur Servier, agrégé à l'école du Val-de-Grâce : « Pour mon compte, je suis très-disposé à conclure que, dans les cas de fracture du larynx, le chirurgien est autorisé à placer une canule dans la trachée, et, alors même qu'il n'existe aucun accident de suffocation, précisément pour se

mettre à l'abri de ces accidents, à pratiquer la trachéotomie préventive. » Nous adoptons volontiers cette manière de voir, et nous pensons qu'il vaut beaucoup mieux, en tout état de cause, proposer au blessé et à la famille une opération dont nous ne méconnaissons pas les difficultés, mais dont la gravité n'est pas absolue, que de s'exposer à voir succomber son malade au moment ou on pouvait le croire hors de danger. Les statistiques de Gurlt, Hunt, Gibb, sont certainement très-favorables à l'intervention opératoire. Sur les 47 cas de Gurlt, on compte dix guérisons dont cinq après opération : deux fois la trachéotomie a été suivie de mort; elle a donc réussi 5 fois sur 7, tandis que l'expectation n'a donné que 5 guérisons sur 40 cas. Il est certain que de pareils chiffres ont leur éloquence.

Nous venons de nous rallier à la pratique chirurgicale qui, sous une apparence de hardiesse et peut-être même de témérité, nous paraît la plus sage et la plus propre à faire éviter bien des mécomptes et bien des regrets. Mais si nous reconnaissons à la trachéotomie l'avantage inappréciable d'arracher certains malades à une mort certaine, et si nous désirons en voir généraliser l'emploi dans le traitement des fractures du larynx, nous ne nous faisons guère d'illusion sur les suites de l'opération, au point de vue fonctionnel. Hénocque constate que dans aucun des cas observés, il n'y a eu guérison complète : toujours il y a eu rétrécissement consécutif et les malades se sont trouvé condamnés à l'usage permanent d'une canule trachéale. C'est là, on le voit, à côté d'un immense bienfait, une infirmité sérieuse à laquelle on pourrait peut-être tenter de remédier par le *tubage laryngien* (Reybard, Loiseau, Bouchut), destiné à écarter les fragments et à laisser arriver en même temps l'air dans la poitrine, mais qui, nous le craignons bien, restera toujours au-dessus des ressources de l'art. Il convient d'ajouter, toutefois, que la généralisation de la trachéotomie à tous les cas de fracture du larynx élargit singulièrement la question ; car si le rétrécissement consécutif a été jusqu'à présent la règle, d'après les statistiques opératoires, c'est qu'il s'agissait exclusivement de fractures très-compliquées, plus ou moins

comminutives : en serait-il de même à la suite de trachéotomie, dans les cas de fracture simple ? Il est au moins permis d'en douter.

BIBLIOGRAPHIE. — MALGAIGNE, *Traité des fractures et luxations*, t. I, 1847. — CAVASSE, Thèse de Paris, 1859. — GURLT, *Handbuch den Knochenbrüchen*, t. II, p. 316, 1864. — FREDET, *Quelques considérations sur les fractures traumatiques du larynx et leur traitement*, 1868.— HÉNOCQUE, Des fractures traumatiques du larynx (histoire et critique) : *Gazette hebdomadaire*, 1868, n^os 39 et 40. — Krishaber, *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, série II, tom. I, article LARYNX. — SERVIER, *Gazette hebdomadaire*, 1869, n° I. — BÉCHADE, Fractures du larynx par cause directe, *Recueil de médecine militaire*, n° de mai 1870. — MUSSAT, *De la trachéotomie préventive dans les fractures du larynx*, th. de Paris, 1872. — TARDIEU, *Étude médicale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation*, 1872. — BŒCKEL, art. LARYNX, *Dict. Baillière*, t. XX. 1871.

---

# ANALYSES.

## Surdité nerveuse.

Dr MAX-HUBRICH. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. V, f. I.)

*Masses de corpuscules amylacés sur le nerf acoustique.* 1re observation. — Une femme de 74 ans, aliénée depuis trente ans, est presque complétement sourde depuis fort longtemps. La membrane du tympan, la caisse et le labyrinthe ne présentent aucune altération pathologique. Les troncs du nerf acoustique sont atrophiés et enveloppés d'une quantité considérable de corpuscules amyloïdes. Il ne reste plus du nerf que du tissu cillaire lamellaire et le névrilème, absolument vide. On ne rencontre qu'exceptionnellement quelques fibres nerveuses qui renferment encore de la substance médullaire. Les corpuscules amyloïdes sont disséminés dans le tissu cellulaire. On en trouve aussi entre ce qui reste des

fibres nerveuses ; mais on les voit surtout réunis en masses, au nombre de 50 à 100.

Quelques corpuscules amyloïdes dans la moelle allongée et dans le sinus rhomboïdal.

2e observation. — Femme de 74 ans, aliénée. Surdité très-prononcée. Hallucinations d'ouïe.

L'examen otoscopique fait pendant la vie ne révèle aucune lésion pathologique.

Autopsie. — Incrustation calcaire des vaisseaux de la substance médullaire du cervelet. Les stries acoustiques sont extrêmement rares dans le sinus rhomboïdal. Les origines du nerf acoustique, saines en apparence, renferment un nombre considérable de corpuscules amyloïdes. Les fibres nerveuses ne sont pas altérées. Petites masses de corpuscules amyloïdes dans la moelle allongée. Ces corpuscules amyloïdes, traités par l'iode, prennent une teinte légèrement violacée et ne paraissent pas sensibles à l'action de l'acide sulfurique.

D<sup>r</sup> Lévi.

---

## Cholestéatome endothélial de la membrane du tympan. Considérations sur l'histologie de la lame moyenne.

Par H. Wendt, de Leipziz. (*Archiv für Heilkunde*, de Wagner, t. XV.)

La lame moyenne de la membrane du tympan est formée de fibres de différents calibres; ces fibres ont des enveloppes hyalines très-résistantes dans lesquelles on découvre des cellules de forme variable. On voit quelquefois des noyaux sans protoplasme, mais le plus souvent avec protoplasme; ils sont arrondis, ovales ou étoilés. Wendt considère comme voies lymphatiques les espaces compris entre ces différentes enveloppes et qui ont entre eux de nombreuses communications. En dilacérant les fibres et en les colorant légèrement avec de l'hématoxyline, on peut voir les enveloppes et les cellules qui les forment, et que l'auteur appelle cellules endothéliales.

En faisant l'autopsie d'un homme mort de fièvre typhoïde, Wendt a découvert dans l'oreille droite une tumeur qu'il

appelle cholestéatome endothélial. Cette tumeur, placée à la face interne de la partie antéro-inférieure de la membrane du tympan, est hémisphérique, légèrement bosselée; elle a un millimètre et demi de diamètre et des reflets dorés. La partie inférieure de la tumeur se confond avec la membrane du tympan, la partie supérieure hémisphérique fait saillie dans la caisse; un repli muqueux l'attache à la membrane du tympan. En dehors elle s'avance par places jusqu'à la surface du conduit auditif externe; en certains points, elle touche le corium de la lame externe. La muqueuse de la caisse est tuméfiée et hypérhémiée.

La face antérieure du manche du marteau est séparée de la membrane du tympan; la face postérieure y est adhérente.

La membrane du tympan, plate, assez épaisse, présente plusieurs petites perforations arrondies. La couche épidermique est d'un gris jaunâtre sale; la couche muqueuse, tuméfiée, très-injectée.

La tumeur, après avoir été traitée par l'acide chromique (0,50 °/₀) et conservée dans l'alcool, est examinée au microscope: elle est enveloppée d'une capsule de tissu cellulaire qui renferme de l'hématoïdine et est tapissée d'épithélium cylindrique.

La capsule enveloppe la partie externe de la tumeur et toute la portion qui fait saillie dans la caisse. La partie inférieure passe sur la lame moyenne qui a subi des altérations pathologiques. Il est probable que cette capsule est formée par la muqueuse de la membrane du tympan. Dans la substance propre se trouvent des cavités plates, allongées, ovales, leur plus grand diamètre est dirigé dans le sens de la surface de la membrane; une section transversale donne des figures plus ou moins arrondies. Ces cavités sont remplies de petites pellicules parallèles et concentriques, riches en noyaux. Les fibres, qui sont plus ou moins disjointes par cette accumulation de pellicules, renferment elles-mêmes un grand nombre de noyaux assez volumineux. Dans la tumeur, les cavités sont plus grandes. Les fibres ont une direction parallèle à la surface de la membrane du tympan; quelques-unes forment des anses, d'autres sont angulaires. Une coupe

transversale donne une figure arrondie ou ovale, elles sont formées de fibrilles de tissu conjonctif disposées en faisceaux et enveloppées de grains cylindriques riches en noyaux; dans les cavités que les fibres laissent entre elles on trouve les mêmes pellicules que dans la substance propre.

Dans la partie supérieure de la tumeur, la première formée probablement, les pellicules sont couvertes de cristaux de cholestérine et de fines gouttelettes de graisse, signe d'une métamorphose régressive. En comparant des coupes très-rapprochées on s'aperçoit que les pellicules forment des couches concentriques autour des plus grosses fibres. En dilacérant les pellicules on parvient à isoler quelques cellules transparentes, rhomboïdales ou irrégulières, avec des noyaux ovales.

La partie inférieure de la tumeur paraît être de formation plus récente; l'élément cellulaire y prédomine.

D. Lévi.

---

**Sarcôme du nerf acoustique gauche. Métamorphose graisseuse et destruction partielle de l'organe de Corti.**

Par le professeur Moos. (*Arch. für Augen und Ohrenheilkunde*, t. IV, 1re partie.)

Une femme de 47 ans se plaint, à la suite d'un refroidissement, d'anesthésie de toute la moitié gauche de la face, de la muqueuse du nez du même côté, dont la sécrétion devient abondante et sanguinolente. La moitié gauche de la muqueuse buccale est également insensible. L'œil gauche est affaibli; la sécrétion lacrymale exagérée. Ptosis, céphalalgie légère et vertiges, diminution de l'ouïe et du goût à gauche, odorat intact. Pendant cinq mois que la malade reste en observation, l'anesthésie persiste presque au même degré dans les points signalés. Il survient une diminution du champ visuel, de la diplopie, un rétrécissement de la pupille gauche, de l'anesthésie de la cornée; strabisme convergent, nystagme, contractions des muscles mimiques de la face, con-

tracture du muscle frontal alternant avec des vertiges; céphalalgie, marche incertaine, mouvements ataxiques du bras gauche. Température constamment au-dessous de 37,5. Diarrhée intercurrente, et varioloïde. Enfin mort subite avec symptômes de suffocation, un an après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie. — Petite tumeur arrondie, de consistance inégale, à la partie extérieure du trou auditif interne gauche. La face inférieure de cette tumeur regarde la dure-mère; la face supérieure, adhérente au cervelet, comprime le pont et déplace la moelle allongée à droite. Le nerf acoustique traverse la tumeur dans une certaine étendue. Dans la profondeur du trou auditif interne, qui est sensiblement élargi, se trouve une petite tumeur inégale de la grosseur d'un pois. Le nerf vertibulaire est épaissi. Le nerf facial est aminci; sa couleur, ainsi que celle de l'oculomoteur et du trijumeau, est grisâtre. Ramollissement de la substance blanche dans les portions cervicale et thoracique de la moelle; hypérémie de la substance grise; taches grises dans les cordons postérieurs. La tumeur est examiné au microscope : c'est un sarcome à cellules fusiformes, très-riche en vaisseaux.

A la place de la lame spirale membraneuse de la première, deuxième et troisième spirale du limaçon, se trouve une bouillie jaunâtre formée de détritus graisseux, de cholestérine et de cellules en voie de transformation graisseuse (épithélium de l'organe de Corti)? Ce qui reste de la lame spirale membraneuse, examiné au microscope, se présente sous l'aspect suivant : les dents ont presque partout leur forme normale. En quelques points elles ont perdu leur aspect homogène; au lieu d'être finement striées elles sont couvertes de granules graisseux en chapelets, disposés en rangées serrées. Les cellules intermédiaires sont également graisseuses. En dedans les cellules épithéliales et les dents de la lame spirale ne sont pas altérées. La membrane de Corti et la membrane basilaire ont perdu leurs fines stries longitudinales, qui sont remplacées par des granulations fines serrées, parallèles, filiformes. Les arcs de Corti et leur tête

présentent une modification analogue. Les cellules épithéliales de la partie interne de l'organe de Corti sont agrandies et graisseuses; il en est de même de l'épithélium à grosses cellules du sillon spiral interne et de celui du canal cochléen.

Aucune modification du vestibule. Osselets peu mobiles, spécialement la base de l'étrier. Périphérie de la membrane du tympan trouble, épaississement de la muqueuse de la caisse.

D'après l'auteur, l'absence de tout symptôme subjectif doit être attribué à la compression du nerf acoustique par la tumeur, compression qui empêchait toute transmission au cerveau.

Dr Lévi.

---

## Contributions à la prophylaxie et à la thérapie des maladies des oreilles.

Par le Dr Burckhard-Mérian. (*Correspond. Blatt für Schweizer Aerzte,* no 18 et 19, septembre et octobre 1875.)

Ces deux articles sont la reproduction d'une leçon faite à la Société médicale de Bâle, par M. le Dr Burckhardt-Mérian; ils donnent un résumé très-complet des connaissances pratiques les plus indispensables aux médecins qui n'ont pas l'habitude de l'otologie.

L'auteur commence par indiquer au chapitre prophylaxie quelles sont les causes les plus habituelles des maladies d'oreilles et par là les moyens d'éviter les affections les plus fréquentes.

Il indique, notamment, les tentatives maladroites, entreprises avec les instruments les plus aigus, dans un but de propreté, épingles à cheveux, plumes de fer, crayons, allumettes, etc. Ces instruments peuvent non-seulement blesser le conduit auditif, mais ils peuvent aussi léser le tympan, soit par un contact direct, soit indirectement s'ils touchent un bouchon de cerumen endurci. Il propose de les remplacer par une petite éponge fixée à l'extrémité d'un manche, cette

éponge, de la longueur du conduit auditif, suffit parfaitement pour le nettoyage.

Les injections sont également nuisibles dans nombre de cas, soit qu'on les emploie trop froides, soit qu'on les donne avec trop de force. L'auteur pense même que certains écoulements d'oreilles sont entretenus par des injections trop fréquentes ; il préfère, dans ce cas, faire des insufflations de poudres astringentes.

Les fumigations de vapeurs, les instillations d'huile sont aussi loin d'être inoffensives. Dans certains cas on a pu constater au fond du meat et au voisinage du tympan, un dépôt d'huile qui, séjournant à une température voisine de 37° s'altère et devient le siége de végétations d'aspergillus, nouvelle cause d'irritation pour les parties voisines. Les instillations de liquides irritants, faites quelquefois contre des maux de dents ou des névralgies, peuvent être également cause d'otite externe ; mentionnons seulement l'éther, le chloroforme, l'alcool, etc.

Aux cataplasmes, qui ont quelquefois l'inconvénient de favoriser la propagation d'une inflammation diffuse, l'auteur préfère l'introduction de quelques gouttes de teinture d'opium sur un peu d'ouate, l'application d'une ou deux sangsues devant l'oreille, ou le froid, qui n'a jamais causé d'accident lorsque l'on prend la précaution nécessaire de préserver le conduit auditif avec l'ouate.

Le froid qui vient d'être signalé comme un moyen thérapeutique avantageux, peut aussi être cause d'affections d'oreilles, l'auteur le signale en première ligne parmi les causes externes de ces affections, l'exposition à un courant d'air est entre autres une des plus fréquentes ; lorsque l'oreille vient d'être débarrassée d'un bouchon de cerumen, elle doit être protégée par un peu d'ouate contre l'air extérieur sous peine de refroidissement. Les malades doivent également se méfier avec grand soin du froid lorsqu'ils prennent des bains de mer, des bains de rivière ou qu'ils suivent un traitement hydrothérapique : les effets nuisibles de ces pratiques ont d'ailleurs été signalés par différents auteurs, et notamment par Schwarze (*A. f. Ohr.*, IX, 200).

L'auteur, signale enfin, les coups de feu, les bruits éclatants, les soufflets, comme causes fréquentes d'otites, et termine sa leçon par quelques indications thérapeutiques.

D<sup>r</sup> Danjoy.

---

## Communications laryngologiques (laryngologische Mittheillungen).

Par le Dr Burow.

(*Archiv f. klin. Chirurgie*, t. *XVII*, 1875.)

Quelques faits de chordite hypertrophique, d'abcès et de polypes du larynx ont fait le sujet de ce travail exposé avec des détails suffisants. L'auteur, qui considère comme très-rare l'hypertrophie uniforme des cordes vocales amenant des troubles respiratoires, cite à l'appui de cette opinion les publications peu nombreuses sur ce sujet de Czermak, de Türck et de Gerhardt. Nous ne pouvons partager cette manière de voir, ayant vu nous-même un certain nombre de ces cas qui nous paraissent si peu exceptionnels, que la rareté des publications pourrait bien s'expliquer par cela même. Des malades chez lesquels, en dehors de toute diathèse, on constate l'hypertrophie des cordes vocales au point de gêner la respiration, ont passé sous les yeux de tous les observateurs ayant l'habitude et la pratique du laryngoscope. La voix est peu altérée dans ce cas, la toux reste sonore, l'expiration se fait assez facilement avec peu de bruit, mais les inspirations sont difficiles et bruyantes. Comme toujours lorsqu'il y a laryngosténose, ce sont les mouvements du malade qui augmentent les difficultés respiratoires; il en est de même des émotions morales et en général de toutes causes qui activent la circulation et consécutivement le besoin respiratoire. Les cordes vocales représentent deux bourrelets épais qui se meuvent très-peu et s'écartent à peine pendant l'inspiration. Lorsque ce travail hypertrophique s'est effectué lentement, le rétrécissement arrive à un point extrême avant que l'oppression de-

vienne insupportable. Nous avons vu des cas dans lesquels on ne peut qu'avec peine constater l'orifice glottique dans l'espace interaryténoïdien. Nous avons constamment remarqué cette particularité que nous ne voyons pas signalée par Burow, que dans l'expiration il se forme un passage à l'air d'apparence beaucoup plus large que dans l'inspiration. Il faut encore ajouter que, chez ces malades, les difficultés respiratoires sont toujours plus prononcées pendant le sommeil qu'à l'état de veille.

L'état anatomique est quelque peu différent suivant les cas; tantôt c'est une augmentation pure et simple du volume des cordes vocales, sans apparence d'altération ou de transformation des tissus; tantôt les rubans vocaux se dédoublent en quelque sorte et forment comme une espèce de pli situé au-dessous des cordes vocales, et que l'on entrevoit au moment des efforts de profonde inspiration. D'autres fois les cordes vocales sont comme bosselées ou véruqueuses. Lorsque l'on constate la rougeur, celle-ci semble plutôt due à l'irritation causée par la toux et par le difficile passage de l'air à travers la glotte qu'à une véritable inflammation, car il est aisé de constater que peu de temps après la trachéotomie la rougeur cède. La marche fatalement progressive de l'affection nécessite en effet l'ouverture de la trachée, et les malades gardent la canule indéfiniment.

Le mémoire de Burow, qui, nous l'avons dit, traite d'affections diverses du larynx, contient deux histoires intéressantes de malades atteints d'abcès primitifs.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 33 ans, enroué depuis son enfance, mais souffrant du larynx depuis quelques semaines seulement, lorsqu'il se présenta chez le docteur Burow, qui constata dans le larynx une grosse tumeur douloureuse au toucher de la sonde. Incisée, la tumeur se vidait par un fort jet de pus et de sang. Le malade guérit.

Le second cas concerne un homme de 67 ans. Il se présente avec de l'enrouement, de la dysphagie et de la douleur au cou; entre le ligament glosso-épiglottique médian et latéral droit, une tumeur de la grosseur d'une prune. Incision, guérison.

Nous passons sous silence un fait de trachéotomie dans l'œdème de la glotte, sans intérêt.

L'auteur donne ensuite l'histoire détaillée d'un malade atteint de grosses tumeurs laryngées que l'on n'avait pu extraire complétement pendant la vie. Le malade, qui avait déjà été trachéotomisé, porta la canule pendant sept ans et succomba ensuite avec des signes de bronchite. L'autopsie montra le cas rare de tumeurs amyloïdes.

Le mémoire de Burow se termine par quatre observations d'un certain intérêt. La première a trait à l'enlèvement d'un polype du larynx chez un enfant de sept ans; la seconde à un sarcome, de la grosseur d'une noix, sur l'épiglotte, opéré avec le constricteur de Gibb. Dans l'avant-dernière observation il s'agit d'un fibrome d'un des ventricules de Morgagni, opéré avec la guillotine laryngée; ce fait ne présenterait guère d'intérêt s'il ne relatait d'un acte de présence d'esprit de la part de l'opérateur, qu'on pourrait imiter en pareille circonstance. Le malade ayant avalé la tumeur après l'excision, le chirurgien sollicita des vomissements par la titillation du pharynx et obtint le rejet de la tumeur. La dernière observation se rapporte à un polype sessile de la corde vocale droite opéré avec succès.

KRISHABER.

---

## Contribution à la rhinoscopie.

Par M. le Dr MASSEI (Ferdinand), privat-docent de laryngoscopie, lue à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, le 30 mai 1875.

L'auteur, après un court historique, et quelques considérations générales sur la rhinoscopie antérieure et postérieure, expose une méthode qui lui a permis d'explorer particulièrement les lésions de la cloison des fosses nasales. Cette méthode est fondée sur la transparence que présente le *septum* cartilagineux et le peu dépaisseur de la muqueuse qui le revêt de chaque côté. Si, au moyen d'un *speculum nasi*, on projette une vive lumière dans une narine, et que l'on examine la narine opposée, on verra celle-ci éclairée par

transparence, et la cloison étant devenue entièrement lumineuse, on pourra en étudier à l'aise la coloration, la disposition des vasculaires qui la traversent, les épaisissements, ulcérations et néoplasmes qui ont pu s'y développer.

Le mode d'éclairage adopté par l'auteur est la lumière artificielle, préférable en ce cas à la lumière diffuse du jour, parce qu'elle permet de condenser les rayons lumineux sur un point fixe. On peut d'ailleurs employer à cet effet les laryngoscopes ordinaires, et la lumière d'une lampe; l'auteur préfère la lumière réfléchie à la lumière réfractée. Il est bon que le miroir réflecteur soit fixe, et non porté par la main ou adapté au front de l'opérateur, parce que celui-ci examine un point différent de celui qu'il doit éclairer, et que par conséquent l'axe visuel et celui de la lumière incidente ne peuvent être sur la même ligne. Le malade est placé en face de l'observateur, comme pour un examen laryngoscopique, la tête inclinée en arrière, l'appareil éclairant à la droite du malade, parce que d'habitude on éclaire plus facilement la narine droite que la narine gauche. Cependant le contraire pourrait avoir lieu. Le médecin entr'ouvre la narine au moyen d'un *speculum nasi*, de Duplay, dont la branche fixe est creusée d'une large fenêtre, laissant pénétrer la lumière sur la paroi de la cloison, contre laquelle elle doit être appliquée. La branche mobile est celle qui écarte l'aile du nez. On comprend que ce spéculum donne beaucoup plus de lumière que ne pourrait le faire un spéculum plein, ou même un spéculum à valve non évidée. Pour l'examen de la narine opposée, il convient d'écarter l'aile du nez avec un petit crochet mousse, et très-mince. Il reste encore une condition à remplir, pour que la narine, qui doit être éclairée par transparence, ne reçoive pas les rayons directs de la source de lumière : il suffit pour cela que la malade place sa main gauche de champ, les doigts étendus le long du nez, depuis la pointe du nez jusqu'à la racine. Cet écran naturel permet de conserver à la cloison tout l'effet de sa transparence. Grâce à cet appareil instrumental si simple et à ce mode opératoire, rien n'est plus facile que d'examiner la cloison et de porter sur les parties malades

les topiques qui peuvent être nécessaires. Il existait déjà un *speculum nasi* évidé des deux côtés, comme un forceps; toutefois l'auteur préfère laisser à la branche mobile sa plénitude, pour que les rayons réfléchis par sa surface interne s'ajoutent à ceux que le laryngoscope concentre déjà sur la fenêtre évidée de la branche fixe.

L'auteur dit que les processus morbides de la cloison, que l'on peut ainsi étudier, ne sont pas rares, mais nous aurions aimé à le voir décrire quelques-uns de ces processus et ajouter quelques observations à sa note clinique, qui n'est encore que l'exposé d'un procédé pratique dont nous avons du reste déjà vérifié nous-même la facilité d'exécution.

Dr Isambert.

---

## Opérations laryngoscopiques

du Dr Carlo Labus, de Milan. (Extrait du *Journal des Commentaires de Médecine et de Chirurgie*, fasc. nov. et déc. 1874.)

M. le Dr Carlo Labus, de Milan, a fait paraître en décembre 1874 un opuscule dans lequel il a réuni dix observations sur quelques malades atteints pour la plupart de polypes laryngiens opérés par lui avec succès. Nous regrettons dans ce travail l'absence complète des données histologiques qui cependant doivent intéresser le plus dans l'histoire de ces tumeurs. De ces dix observations, les trois premières ont trait à trois polypes muqueux ; la IVe et la Ve à des tumeurs en chou-fleur de la variété dite papillome ; la VIe à un fibrome, la VIIe à un papillome simple. Quant aux VIIIe et IXe, on y observe fort bien la mention de tumeurs implantées sur le bord de l'une ou l'autre des cordes vocales, mais sans aucune indication du genre de ces tumeurs. Enfin, la Xe et dernière a trait à un simple décollement de la muqueuse qui faisait saillie et venait pendant la phonation vibrer avec les cordes vocales.

Toutes ces productions morbides ont eu pour causes prédisposantes l'exercice exagéré de la parole, l'abus du chant, du

tabac ou des boissons alcooliques, et comme causes déterminantes des refroidissements ou le séjour dans un milieu impropre à la respiration, dans des poussières (obs. IVe et VIe). Somme toute, M. le Dr Labus n'a pas eu entre les mains des malades gravement atteints ou ayant déjà beaucoup souffert, si ce n'est toutefois le typhique de la IIIe observation, qui, paraîtrait-il, se trouvait dans un grand état de faiblesse, et dont le larynx présentait un grand délabrement.

Le mode opératoire de M. le Dr Labus est assez simple : après avoir habitué le malade, par un sondage quotidien, à dominer autant que faire se peut les mouvements réflexes provoqués par la présence d'un corps étranger dans le larynx, il amène, par un surcroît de précaution, une anesthésie locale au moyen d'applications alternatives de morphine et de chloroforme. Puis vient l'opération en elle-même, très-courte, ayant toujours sur le malade une action très-émouvante, mais faite le plus possible à l'aide de la petite pince à branches horizontales, à poignée de Stork. (Observ. I, II, IV, IX.) Dans la IIIe et la Ve opération, M. le Dr Labus s'est servi du porte-lac de Stork, et, dans la VIe, de la pince à branches horizontales, à poignée, de Schrœtter. Il n'est pas besoin d'ajouter que la nature et le mode d'implantation du polype servent seuls de guide dans ce choix des instruments. Dans la VIIe, l'opérateur s'est servi de la méthode galvano-caustique, mais sans aucun résultat. Enfin, dans la VIIIe, il employa la potasse caustique solide, qui agit mieux que le mode précédent, mais dont l'emploi laisse encore à désirer en raison de la difficulté que l'on éprouve à limiter la cautérisation. L'opération de la Xe n'a consisté qu'en un simple arrachement avec des pinces de la portion détachée de la muqueuse.

La tumeur enlevée, l'auteur, pour éviter la récidive, fait des cautérisations, soit avec le nitrate d'argent, soit avec l'acide chromique cristallisé, soit avec l'alun ou l'acétate de plomb, soit enfin en employant tous ces moyens les uns après les autres, comme dans l'observation IVe.—Peu ou pas de réaction ne survient : on ne remarque habituellement qu'une aphonie de peu de durée. Toutefois, par la malignité

que l'affection a présentée, la IVe observation est un excellent exemple de complications multiples ; l'auteur les rattache à une périchondrite coexistante (?). Enfin, M. le Dr Labus termine son exposé en invitant tout médecin à s'exercer aux opérations laryngoscopiques, et en développant les avantages immenses qu'elles sont appelées à procurer.

---

## Adénopathie trachéo-bronchique. — Mort subite. — Hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne.

Sous ce titre, M. L. Bouveret, interne de M. de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants, publie dans le numéro de la *France médicale* du 11 août 1875, l'observation d'une hémorrhagie méningée qui reconnaît pour cause principale la compression de la veine cave supérieure, par trois ganglions volumineux du groupe prétrachéo-bronchique droit. C'est un nouvel appoint à l'histoire de l'œdénopathie trachéo-bronchique, remarquablement décrite dans la thèse de M. Baréty que nous avons analysée dans un des précédents numéros. Dr Th. Deel.

---

## Extirpation totale du larynx.

Nous continuons à rapporter, à titre de document, les faits relatifs à cette nouvelle opération, tout en faisant les réserves les plus expresses sur la valeur de cette méthode appliquée au traitement d'une maladie dont la récidive est la règle.

Nous donnons aujourd'hui l'analyse du travail récent du docteur Bottini, et la traduction *in extenso* de l'observation qu'il a publiée.

### EXTIRPATION TOTALE D'UN LARYNX HUMAIN. — HEUREUSE ISSUE DE L'OPÉRATION.

Relation faite par le **Dr Bottini** à l'Académie royale de Turin. (*Séance du* 30 *avril* 1875.)

Après quelques généralités sur la chirurgie expérimentale et le concours que peuvent lui prêter les vivisections, l'auteur

donne, en résumé, l'historique de l'opération de l'extirpation du larynx. Ce résumé reproduit à peu de chose près celui que nous avons donné dans notre dernier numéro (pages 376 et 377), notamment les expériences de Czerni faites sur des chiens, et la première opération sur l'homme, faite par Billroth en 1873. Bien que nous n'ayons trouvé nulle part la date officielle de la mort de ce malade, nous savions que son existence ne s'était pas prolongée bien longtemps, et l'auteur italien nous apprend qu'il avait succombé, trois mois après sa sortie de l'hôpital, à une reproduction de la tumeur.

Le malade de Heine (de Prague), opéré le 28 mars 1874, vivait encore le 22 août de cette même année sans présenter aucun symptôme de récidive. Nous n'avons aucun renseignement ultérieur à son sujet. Dans le troisième cas, dû au docteur Schmidt, de Francfort-sur-le-Mein, l'opéré succombait le cinquième jour après l'opération.

Une quatrième tentative, faite par Billroth lui-même, le 11 novembre 1874, fut également malheureuse.

L'opération de Bottini que nous rapportons aujourd'hui est la cinquième; celle de Langenbeck, rapportée dans le précédent numéro, porte le n° 6.

Nous laissons maintenant la parole au chirurgien italien :

Comme il s'agit d'une nouvelle opération, je vous dirai, pour résumer mon opinion personnelle sous peu, qu'après l'avoir accomplie sur l'homme et réitérée sur des animaux, elle me semble une entreprise vraiment grave et difficile, dans laquelle il y a des moments de grande anxiété où le chirurgien, pour ne pas se troubler, a besoin de beaucoup de calme et de coup d'œil.

L'exécution sur le cadavre n'offre qu'une bien pâle idée des rudes épreuves que l'on doit affronter sur le vivant; là, outre le grand avantage de l'immobilité absolue du sujet, vous rencontrez des veines et des artères vides, une trachée silencieuse; tandis que sur le vivant, vous provoquez par vos incisions une véritable tempête de sang qui jaillit de toutes parts. En s'infiltrant le long des voies respiratoires, ce sang fait naître un danger imminent de suffocation, auquel le patient est contraint de se soustraire par de violents efforts de toux lesquels suspendent la

marche de l'opération, et provoquent un redoublement d'hémorrhagie (1).

La marche de l'opération est habituellement régulière, jusqu'à l'isolement complet de l'organe que l'on veut extirper; mais alors commence véritablement le moment d'anxiété. Et c'est de toute vérité que Schmidt, se rappelant cette phase, s'écrie : — Hier begannen nun die Schwierigkeiten, — difficultés qui demandent beaucoup de sang-froid pour être victorieusement surmontées, et cela, de l'aveu spontané de tous ceux qui ont eu à pratiquer la même opération, et qui, comme on le sait, n'en étaient plus à leurs premières armes.

Les dangers, bien que revêtant des aspects variés, n'en proviennent pas moins tous d'une source unique : l'hémorrhagie; soit qu'elle fasse irruption par jets, ou qu'elle s'écoule en nappe, elle finit toujours par être un phénomène très-fâcheux et dominant toute la situation.

Le manque d'espace, rendu encore plus incommode par le voisinage intime et dangereux de vaisseaux considérables, la présence du pneumo-gastrique, qui ne peut supporter ni tiraillement ni compression sans provoquer de menaçantes surprises du côté de la circulation et de la respiration, donne au sang, qui sans cesse recouvre et masque toute la région, une importance toute particulière.

Pour diminuer un peu, sinon enlever entièrement les dangers qui impriment à cette opération un cachet caractéristique, il n'y a pas d'autre moyen que celui de tarir l'écoulement sanguin, puisque c'est de cette source que dérivent ces effrayantes péripéties.

En étudiant avec un soin particulier cette question intéressante, je suis arrivé à résoudre favorablement le problème; et déjà, sur des animaux, comme je le dirai plus tard, j'ai pu maintes fois extirper complétement le larynx sans aucune perte de sang.

(1) Le tamponnement de la trachée par la canule de Trendelenburg (*Voyez Erfahrungen über die Tamponnade der Trachea; — Archiv für klinische Chirurgie*, fünfzehnter Band), ne présente ni pour moi, ni pour d'autres, aucun avantage particulier. Si le sac à air se distend comme il faut, il peut aussi distendre trop la lumière de la trachée, et le malade ne peut plus supporter l'instrument. Si, au contraire, la vessie se réduit assez pour être tolérée, le sang trouve un espace suffisant pour s'insinuer dens les voies respiratoires, augmentant ainsi les dangers que l'on voulait éviter. (Note du Dr Bottini.)

Vous porterez votre attention sur la singulière importance de cette proposition, dont le but est d'enlever à l'opération son caractère effrayant que nous ne pouvons dissimuler.

Les avantages d'une opération doivent ordinairement, suivant un sage équilibre, en balancer les inconvénients : si l'on diminue le nombre de ces derniers, il est naturel que les premiers augmenteront d'autant. Mais avant de descendre aux menus détails, je crois plus à propos de vous exposer le cas clinique que j'ai rencontré.

L'individu que j'ai l'honneur de vous présenter est le nommé Ch. Resmini, de Miazzina (environs de Pallanza), pauvre manœuvre, d'une constitution robuste et régulière, et qui, malgré les apparences contraires, ne compte cependant que 24 ans.

Séparé des autres membres de sa famille, il dit n'avoir souffert d'aucune maladie importante autre que celle qui le tient, et sur l'origine de laquelle il ne peut donner des détails bien précis, non pas tant par défaut de mémoire ou d'intelligence, que par son aphonie.

Depuis quatorze ou quinze mois, environ, il s'était senti peu à peu, et sans intervention d'aucune cause appréciable, atteint d'une difficulté de respirer provoquée par un obstacle mécanique à la gorge ; puis de quelques accès de dyspnée, d'abord légers et fugaces, mais devenant bientôt plus fréquents et d'une plus longue durée ; la voix fut amenée peu à peu à un ton plus bas et plus sourd ; la respiration devint anxieuse, s'accompagnant d'un bruit et d'un gargouillement pendant le sommeil, jusqu'à ce que, le 12 août de l'an dernier, se sentant près de s'évanouir en raison d'un danger imminent de suffocation, il fit appeler le docteur Perassi, chirurgien en chef de l'hôpital d'Intra, afin qu'il le délivrât de quelque manière d'un si affreux danger. Le Dr Perassi, après trois heures d'un voyage à pied, car pour aller d'Intra à Miazzana, il n'y a que des sentiers sauvages, vit sur le soir Resmini en proie à une dyspnée si violente, qu'il ne put conseiller rien d'autre qu'une trachéotomie immédiate, et comme le malade ne pouvait être transporté à Intra, il fit de nouveau le même chemin pour se munir de ce dont il avait besoin. Le matin, accompagné du célèbre docteur Boccardi, son collègue dans le même hôpital, il pratiqua cette opération avec succès, sauvant ainsi ce pauvre malheureux d'une mort imminente. On ne saurait trop louer le dévouement dont notre confrère fit preuve en cette occasion.

Quelques jours après, l'opéré, muni de la canule de Trous-

seau, put, sans aucune difficulté, gagner l'hôpital d'Intra, où il fut admis et soumis de suite à un soigneux examen laryngoscopique. Lors de cette investigation, la glotte apparut entourée de toutes parts d'amas excessifs de productions hypertrophiées, entre lesquelles le malade, avec de violents efforts d'expiration, ne parvenait que difficilement à chasser un mince filet d'air. Son médecin attaqua le néoplasme par des cautérisations réitérées, faites tantôt à l'aide du nitrate d'argent, tantôt avec l'acide nitrique concentré, sans réussir à pratiquer une brèche dans la masse morbide ; car l'eschare était bientôt et abondamment réparée par des bourgeons très-vivaces.

Sur la fin de septembre, me trouvant par hasard en convalescence à Intra, je fus invité à visiter ce cas vraiment intéressant.

Après avoir soumis plusieurs fois Resmini à un soigneux examen laryngoscopique, je trouvai la glotte déformée par quelques végétations granuleuses donnant du sang au plus léger contact. Puis, introduisant dans la masse un crochet mousse, je pus suivre le néoplasme dans la cavité laryngée. D'après les antécédents et les données cliniques, je jugeai que la tumeur était probablement un sarcome et je suggérai au Dr Pérassi qu'il était nécessaire d'intervenir autrement, et d'avoir recours au cautère galvanique, à l'aide duquel on pourrait effectuer une destruction plus étendue et plus profonde.

Ma proposition fut favorablement accueillie; je fis confectionner à Boriglione, un cautère spécial, que je vous présenterai tout à l'heure, à manche de porcelaine, avec anse de platine, très-rapprochée, de façon à pouvoir obtenir des effets thermiques très-intenses et très-étendus en superficie.

A peine l'instrument fut-il terminé, qu'à l'aide d'expériences répétées, je m'assurai qu'il répondait bien au but désiré. Je me rendis alors, avec l'appareil complet de Pischel, à Intra, où j'arrivai dans la soirée du 5 octobre.

La batterie installée, le lendemain à 8 heures du matin, dans une chambre particulière de cet hôpital, éclairée d'une vive lumière, en présence du professeur Polli, des docteurs Scharrenbroich, Boccardi, de Giuli et d'autres dont je ne puis me rappeler les noms, Perassi, se servant du laryngoscope solaire de Türck, et assisté directement par moi, montra tout d'abord, en l'éclairant bien, la tumeur laryngée, puis la détruisit par des cautérisations galvaniques répétées et étendues. La brûlure fut tellement vive, que non seulement la fumée sortait par

la bouche et le nez, mais que l'on voyait quelquefois dans la gorge briller une véritable flamme; de sorte que le professeur Polli, se servant d'une plaisante hyperbole, nous reprochait plus tard de l'avoir fait ainsi assister à la crémation d'un vivant, lui qui n'avait pas encore voulu assister à celle d'un mort. A un si grand dégât, comme il arrive habituellement dans la cautérisation galvanique, succéda une réaction insignifiante; et après la chute de l'eschare, qui eut lieu au bout de huit jours, le médecin traitant put passer une soude d'étain par l'ouverture trachéale, atteindre la gorge, où, avec l'index de l'autre main, il en put toucher distinctement l'extrémité, signe évident de la perméabilité du larynx ainsi obtenue. Perassi essaya ensuite d'agrandir l'ouverture du canal en y laissant à demeure de petits cylindres de laminaria digitata; mais malheureusement le malade ne put les supporter, et le canal, s'obstruant toujours davantage, par la reproduction manifeste du néoplasme, le larynx ne mit pas longtemps à se trouver de nouveau tout à fait obstrué. Les premiers jours de janvier 1875, on m'envoya le malade à Novare, en quête de soins ultérieurs. Je revis à cette époque Resmini; et ce fut avec le plus grand intérêt que j'en étudiai les conditions morbides, car quoique je n'eusse pas pris une grande part à son opération en y assistant, je songeais toujours à ce cas avec une prédilection toute particulière.

En l'examinant, dans la chambre obscure, au laryngoscope, je trouvai cette fois encore, la fente glottique cachée par une masse irrégulière, d'un blanc roussâtre, à proéminences et anfractuosités assez prononcées, entre lesquelles ne pouvait seulement filtrer le plus mince filet d'air, malgré de violents efforts d'expiration. En explorant l'arrière-gorge avec l'index, on sentait le pseudoplasma doué d'une dureté et d'une résistance toute particulière; il ne donnait plus de sang au toucher comme la première fois. Le malade se plaignait d'une dysphagie toujours progressive et d'une impossibilité de respirer qui lui étaieut survenues depuis peu de temps, quoiqu'il n'ait jamais abandonné la canule; impossibilité due à la pression exercée sur l'instrument par la tumeur qui en poussait violemment l'extrémité contre la paroi antérieure de la trachée, de sorte que celle-ci faisait obstacle à la pénétration de l'air. Je tentai de nouveau, mais toujours inutilement, de gagner la glotte par le canal trachéal à l'aide d'un stylet d'argent courbé suivant l'état des parties; puis j'essayai de rejoindre la canule par les voies naturelles à l'aide d'uu perforateur particulier, mais, de ce côté, la masse fongueuse

opposait encore une barrière insurmontable. De telles expériences, je ne dois pas le cacher, pour obtenir un si pauvre résultat, n'en procurèrent pas moins au malade une vive réaction, accompagnée d'une orthopnée pénible, pour ne pas dire inquiétante.

C'est pourquoi, songeant qu'une seconde cautérisation aurait provoqué une régénération nouvelle du mal, et calculant que la valeur clinique de celui-ci devenait un peu plus obscure devant le fait récent d'une reproduction rapide; enfin, estimant à sa juste valeur l'état actuel du malade dont la respiration devenait chaque jour plus difficile, je décidai l'extirpation du larynx, affermi dans cette détermination par de hardis précédents. Et ce n'était pas pour moi le cas de recourir à la laryngotomie, car il ne s'agissait pas d'extirper un néoplasme contenu dans la cavité du larynx, mais d'enlever le larynx lui-même, qui avait subi une excessive dégénérescence hypertrophique. La laryngotomie n'est pas d'ailleurs moins dangereuse que l'extirpation : témoins Brauers, Debrou, Mackenzie, Bœckel, Hueter et Navratil qui la pratiquèrent et eurent des insuccès nombreux et répétés. Cutter, en Amérique, perdit son malade, par hémorrhagie, pendant l'opération, et Schrötter sept heures après, par la même cause. (V. Zur Lehre von der Extirpation der Kehlkopfspolypen durch Eröffnung des Ligamentum cricothyroideum, von Dr A. Burow Jun. — *Archiv für klinische Chirurgie*, t. XVII, p. 610.)

Le 6 février, à deux heures 1/2 de l'après-midi, le malade fut transporté à l'amphithéâtre de chirurgie où l'on avait eu soin d'établir une température fixe de 16°, afin que l'opéré n'eût pas à souffrir du refroidissement périphérique. On y disposa avec ordre, sur trois petites tables distinctes, une riche collection d'instruments ; on tint toute prête et à portée de la main la batterie Pischel et ses accessoires; grâce à la coopération pleine de soins et de vigilance des célèbres docteurs Villani, Bardeaux, Martelli, Fara, Squarini, Rossini, tous présents à ces préparatifs, sans oublier celle du docteur Grazianetti, directeur adjoint de notre hôpital, je procédai à l'opération suivante, que je vais exposer dans tous ses détails :

La partie ayant été rendue insensible à l'aide de l'appareil de Richardson, car je pensai qu'il n'était pas prudent de recourir à la chloroformisation ; je pris préalablement la précaution de mettre dans la canule de Trousseau un long fragment de tuyau élastique afin que le malade n'eut pas à aspirer de sang. Je commençai alors par pratiquer une incision de la peau qui, partant

d'un travers de doigt au-dessus du centre de l'os hyoïde, pût, en descendant directement sur la ligne médiane, regagner l'ouverture de la trachée. Aux extrémités de cette première incision, longitudinale, j'en pratiquai promptement deux autres horizontales, intéressant des deux côtés les bords internes des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. De cette façon, je dessinai deux lambeaux rectangulaires qui, disséqués et renversés à la partie inférieure, mirent à découvert la région laryngo-trachéale. Je dénudai alors le larynx en détachant avec précaution les muscles omoplato-hyoïdiens, sterno-hyoïdiens, et sterno-thyroïdiens ; et liant au fur et à mesure les plus petits vaisseaux qu'il m'arrivait de sectionner. Laissant le bistouri, et n'ayant plus besoin que d'une petite pince anatomique et d'une sonde, j'isolai le mieux possible le larynx et la trachée, tant des plexus vasculoso-nerveux qui étaient contigus, que de l'œsophage et du pharynx. Jusqu'ici l'exécution avait marché à pleines voiles, et laissé présager en toute confiance un achèvement heureux et rapide : mais ce ne furent là que de trop vaines promesses. A peine le ligament crico-thyroïdien avait-il é ouvert au-dessus de la canule (et ce fut par cette ouverture que je pénétrai dans le larynx), que l'écoulement goutte à goutte du sang se changea en pluie ; et, s'infiltrant le long des parois du tube métallique, le sang fit irruption dans la trachée, provoquant des accès d'une toux incoercible.

Quant à l'état du cou de l'opéré, comme vous pouvez le voir encore, il était notablement court et large (1) ; le docteur Bardeaux attirait le plus possible le menton dans une direction, et Grazianetti, saisissant avec les doigts la fossette sternale, la tirait du côté opposé ; un oreiller avait été placé sous le cou pour rendre plus saillante la région où l'on devait opérer ; et cependant, l'espace en était toujours tellement étroit et profond, que l'on se sentait les doigts emprisonnés sans pouvoir seulement reconnaître les tissus que l'on touchait. Je recourus aux dilatateurs de Péan, en forme de gouttières, me contentant d'en employer un à la fois, de façon à obtenir un simple écartement unilatéral : mais il faut dire que la pression exercée par l'instrument sur le nerf vague fut excessive, que le malade tomba en une syncope effrayante, phénomène qui se répéta à tout tiraillement, et qui plus tard fut à noter pareillement sur un chien soumis à la même opération.

(1) Resmini avait été réformé du service militaire pour un cou mal fait et excessivement large. (Note du Dr Bottini.)

Ne pouvant cependant, en aucune manière, obtenir plus de lumière et d'espace, je pénétrai de nouveau dans le larynx ; puis, à coups de ciseaux ; je divisai d'un seul trait en deux parties le cartilage thyroïde. Ici, au lieu d'un simple écoulement goutte à goutte, l'hémorrhagie prit de suite de l'importance ; je m'efforçai alors de hâter la séparation du larynx et de la trachée, afin que le sang pût au moins prendre une direction autre que celle des voies respiratoires : mais les ciseaux, employés d'abord avec avantage, n'arrivaient pas à diviser le cartilage cricoïde, pour lequel je dus recourir à la pince de Liston. Enfin, après avoir détaché le larynx à sa partie inférieure, je séparai du cartilage thyroïde, à l'aide du bistouri de Savigny, l'insertion de l'épiglotte ; car étant parfaitement saine, elle pouvait être ménagée. Avec le même instrument, j'incisai tout au long le ligament thyro-hyoïdien, lésant des deux côtés les artères hyoïdiennes et laryngées supérieures, d'où il résulta une véritable tempête de sang, à jets entrecroisés, semblables à un feu d'artifice. Ce fut là le point dominant de cette lutte suprême, et, pour un instant, je crus à l'imminence d'un danger immédiat, dont je pourrais seulement sortir au moins avec l'honneur des armes. Le malade, une fois la perte de sang et cette souffrance intolérable disparues, à moitié asphyxié par une respiration incomplète, avait perdu connaissance ; et loin de nous seconder comme il l'avait fait précédemment avec un grand courage, en gardant une position convenable, fut pris de mouvements automatiques et désordonnés, jetant à droite et à gauche les petites pinces qui entretenaient l'hémostase, et que l'on avait réussi à grand'peine à appliquer sur la lumière béante des vaisseaux.

A coups hardis de ciseaux, je détachai alors la tumeur pour ouvrir une voie à l'hémostase ; et, me créant ainsi un espace suffisant, je réussis, non sans une peine indescriptible à lier les artères qui donnaient du sang. On ranima quelque peu le malade en lui injectant dans l'estomac, par l'œsophage, un peu de vin généreux ; j'étanchai du mieux possible la plaie, de la surface de laquelle s'écoulait encore un peu de sang venant des capillaires. Je saisis cet instant pour rendre aussi peu abondante que possible la perte de sang à l'aide du cautère électrique, le promenant çà et là sur les points d'où sortaient les jets sanguins jusqu'à leur complète extinction. Ce fut une excellente précaution de tenir toute prête et à portée de la main la batterie thermo-électrique sans laquelle nous ne serions peut-être pas parvenus à éviter une catastrophe. On réunit les lam-

beaux par une suture entortillée, sur la ligne médiane, et par une suture à nœuds sur les points supérieurs et inférieurs, laissant toutefois dans la trachée la petite canule, non pas tant pour pourvoir à la respiration qui se faisait très-librement par les voies naturelles, que pour empêcher la pénétration accidentelle de quelque écoulement qui eût pu se faire route dans la trachée, et étouffer le malade.

Dans les trois premiers jours, il n'y eut à noter aucune variation de la température ni du pouls, de sorte que la plaie se cicatrisa entièrement par l'effet d'un processus adhésif, qui permit de rejeter tous les moyens d'union et de les remplacer seulement par deux ou trois bandelettes de diachylon. Le malade était nourri à l'aide de la pompe stomacale, en appliquant de temps en temps la sonde œsophagienne, et lui administrant par ce moyen des bouillons concentrés, des jaunes d'œufs, du pain haché et d'autres aliments du même genre.

Le 5e jour, apparut, précédé d'une fièvre récurrente, un érysipèle sur le côté droit et inférieur du cou, traité de suite par une application locale d'une solution de nitrate d'argent au 1/10, et des injections hypodermiques de morphine.

De prime abord, l'érysipèle avait semblé devoir disparaître, mais il revint promptement, envahissant le cou, le thorax et la face, tout à fait insensible, non-seulement aux applications de nitrate d'argent, que dans des cas analogues j'avais toujours vues réussir d'une façon surprenante; mais il résista tout autant à l'application de teinture d'iode concentrée, et à celle de térébenthine, mêlée à l'acide carbolique.

Pendant l'invasion, le pouls oscilla entre 100 et 120 pulsations à la minute; la température se maintint entre 38° et 38° 1/2. Lorsque l'érysipèle s'étendit un peu sur la face du côté gauche, l'œil correspondant ne fut pas sacrifié : je le débarrassai à temps du chémosis séreux qui le bridait étroitement. Il y eut néanmoins quelques poussées virulentes à la tête, à la poitrine, et au dos, suivies de suppurations abondantes; mais, pendant tout le temps que l'érysipèle ne fit que passer et repasser sur le cou, il ne parvint pas à détacher les lambeaux qui se maintinrent solides malgré la véhémence de l'exanthème.

Quelques jours après l'opération, en regardant par hasard la pompe stomacale, le malade essayait d'opérer naturellement la déglutition et réussit à le faire : circonstance qui le consola quelque peu, car le mode d'alimentation par nous adopté ne lui plaisait nullement, et il craignait fort d'y être contraint pendant

toute sa vie. La perte considérable de sang, l'invasion érysipélateuse, la suppuration consécutive, le défaut d'une nutrition généreuse et variée avaient beaucoup affaibli ce robuste jeune homme, au point de le rendre méconnaissable ; mais dès qu'on put le nourrir à volonté, il reprit chaque jour de la force et de la vigueur.

Les profondes cautérisations faites au niveau de l'ouverture trachéale, en avaient quelque peu resserré la lumière ; je l'agrandis graduellement et progressivement, à l'aide de l'introduction quotidienne d'une sonde de Mercier, à calibre de plus en plus fort, jusqu'à ce que la plus grosse y pût passer facilement.

Il y a quinze jours, le malade ayant été visité dans la même journée par plusieurs chirurgiens, et soigneusement examiné à plusieurs reprises avec la sonde de Mercier, violemment introduite dans le pharynx par l'ouverture trachéale, il se produisit une nouvelle poussée érysipélateuse qui, cette fois, se dissipa bien vite sous l'application locale d'une solution de nitrate d'argent.

Je ne vous dirai pas comment il se trouve aujourd'hui : vous le voyez, vous pouvez l'examiner et vous en faire ainsi une idée exacte sans le secours d'une description spéciale, qui, en regard de l'original, ne semblerait qu'un expédient aussi faible que stérile. Je commandai à Vienne, au profit de ce malheureux, un larynx artificiel, semblable à celui qui a servi avantageusement à l'opéré de Billroth, et à l'aide duquel, j'en suis persuadé, il pourra recouvrer l'usage de la parole (1).

*Examen de la tumeur.*

Les divers fragments extirpés et rassemblés comme ils l'étaient naturellement, représentent assez fidèlement, comme vous pouvez l'observer dans la pièce que je vous présente, le corps tout entier du larynx auquel on doit ajouter quelques portions détachées qui se sont perdues et d'autres qui furent sacrifiées durant nos investigations pathologiques. La cavité du larynx renfermait une chair roussâtre, un peu friable, contenant un réseau vasculaire excessivement ténu. En quelques points,

(1) Le malade ayant été opéré le 6 février, était le 30 avril à près de trois mois de l'opération. Qu'est-il devenu depuis? (*Note de la rédaction.*)

comme par exemple sur le cartilage aryténoïde, le néoplasme offrait une plus grande consistance. On ne reconnaissait aucune trace des cordes vocales, ensevelies et absorbées dans la masse fongueuse. On raffermit la tumeur dans de l'alcool anhydre, ce qui la rendit notablement plus petite, et l'on appliqua sur elle une coupe excessivement mince, qui, placée sous le champ du microscope, fit voir qu'il s'agissait d'un véritable sarcome avec prédominance en quelques points des éléments cellulaires arrondis ; dans d'autres, et surtout vers les parois du larynx, dominaient les éléments cellulaires fusiformes. Vous pouvez observer ces dispositions dans les deux figures distinctes, II et III, dessinées d'après nature par le célèbre docteur Bordeaux à qui je dois les autres dessins qui ornent ce mémoire. (*Giornale della R. Academia di medicina di Torino*, 1875, mai, nº 14.)

L'auteur poursuit en donnant un léger aperçu de quelques essais tentés par lui, sur des chiens, de l'extirpation totale du larynx, sans effusion de sang, à l'aide du couteau galvanique. Son seul but est d'éviter le plus possible la grande difficulté de ce genre d'opération : l'hémorrhagie. Pour ce faire, il emploie le couteau galvanique à lame de platine percée à jour, dont le dos, de forme cylindrique, sert, dit-il, à concentrer la chaleur, mais ne doit pas, pour éviter des effets trop violents, être chauffé au delà du rouge brun.

L'opération comporte 3 temps bien distincts : il s'agit : 1º de découvrir le larynx, 2º isoler cet organe, 3º l'extirper.

On dénudera le larynx soit au moyen d'une simple incicion médiane allant du centre de l'os hyoïde jusqu'aux premiers anneaux de la trachée; soit à l'aide d'une incision en T, comprenant la précédente, verticale, et une autre, horizontale, parallèle aux grandes cornes de l'os hyoïde.

L'auteur a pu détacher ainsi deux lambeaux triangulaires, les disséquer, les rabattre facilement de chaque côté, obvier par là à l'étroitesse du champ opératoire.

On isolera le larynx en incisant les parties molles qui le revêtent ; en le séparant tout à fait du pharynx, de l'œsophage, de l'os hyoïde, du plexus vasculoro-nerveux qui le recouvre des deux côtés. Pour ce faire, saisir simplement les parties molles à l'aide d'une pince, et y porter la lame

du couteau galvanique animée d'un mouvement de va et vient, comme cela se pratique avec le bistouri ordinaire, en ayant soin toutefois d'épargner l'épiglotte, s'il y a lieu de le faire.

Enfin, pour effectuer l'extirpation, introduire dans la trachée une sonde qui servira de guide dans l'incision de ce canal; soulever le larynx de bas en haut à l'aide d'un crochet double, et le détacher peu à peu de ses adhérences à l'aide du couteau ou d'une anse galvanique embrassant la base de l'organe.

L'auteur a pu de cette façon, dans son laboratoire, extirper plusieurs larynx sans provoquer aucune perte de sang durant la marche de l'opération ou consécutivement à cette dernière. Devant une respectable assemblée de chirurgiens, il a opéré deux chiens vigoureux et de forte taille : sur l'un de ces animaux, il extirpa seulement le larynx; sur l'autre, le larynx avec l'épiglotte, sans qu'il s'écoulât le plus mince filet sanguin. Ces animaux vécurent, on les nourrit de lait à l'aide d'une sonde œsophagienne; il ne s'en suivit aucune hémorrhagie consécutive.

Le thermomètre, introduit deux fois par jour dans le rectum, n'indiqua aucun changement appréciable de la température; et sur l'un de ces chiens, la plaie, dont les bords avaient été simplement accolés par une suture, se cicatrisa en deux jours par première intention.

L'auteur termine en appelant l'attention de l'assemblée sur les résultats constants et positifs obtenus par lui dans ces importantes expériences, et sur l'intérêt que l'on doit attacher à ce mode opératoire dont le seul but est de faire disparaître le plus formidable danger d'une si audacieuse opération.

---

## NOUVELLES.

Nous recevons les deux communications suivantes que nous nous empressons de publier.

**Célébration du centenaire américain.**

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL.

Les Sociétés médicales de Philadelphie, animées d'une

pensée patriotique, et désireuses de réunir leurs concitoyens pour célébrer le centenaire de l'indépendance américaine, ont pris l'initiative de la formation d'un Congrès médical international. Les membres du comité d'organisation ont constitué leur bureau. Ont été nommés :

| | |
|---|---|
| *Président*.............. | Samuel D. Gross. |
| *Vice-présidents*........... | W. S. W. Ruschenberger.<br>Alfred Stillé. |
| *Secrétaire rapporteur*.. ... | William B. Atkinson. |
| *Secrétaires des correspondances américaines*...... | Daniel G. Brinton.<br>William Goodell. |
| *Secrétaires des correspondances étrangères*........ | Richard Dunglison.<br>R. M. Bertolet. |
| *Trésorier*................. | Gaspar Wister. |

Le Congrès se réunira à Philadelphie, et la session aura lieu du 4 au 9 septembre 1876.

---

**Société américaine d'otologie.**

Dans la dernière réunion de cette Société, tenue à Newport, le 21 juillet 1875, il a été décidé que le comité du Congrès international serait chargé, par cette Société, de convoquer un Congrès international d'otologie dans une ville et à une époque qui seraient déterminées.

En conséquence de ce vote, le comité a décidé qu'un Congrès serait réuni dans la ville de New-York, le vendredi 15 septembre 1876, à 10 heures du matin ; le lieu de la réunion sera plus tard indiqué.

Les membres de la profession médicale qui s'occupent activement de chirurgie auriculaire sont instamment priés d'honorer le Congrès de leur présence et de prendre part à ses travaux.

D. B. St. J. Roosa.
Clarence J. Blake.
Hermann Knapp.
J. Orne Green.

---

# INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES (1).

Ne pouvant analyser tous les travaux qui ont été publiés sur l'oreille, le larynx, la région naso-pharyngienne et leurs maladies, nous avons tenu à réunir à la fin du premier volume, dans un index bibliographique aussi complet que possible, les indications des publications qui pourront intéresser nos lecteurs, nous réservant de revenir sur les plus importants.

## Oreille.

Exploration de l'oreille avec la lumière polarisée, par MM. Hagen et Stimmel. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 48, 30 novembre 1874.)

La température du conduit auditif externe, par E. Mendel. (*Arch. f. Pathol. Anat. and Physiol.*, t. LXII, p. 132.)

Trépanation de l'apophyse mastoïde avec remarques générales, par Paul Rupprecht. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 47, 23 novembre 1874.)

Inflammation suppurative des cellules mastoïdes sans affections du tympan, par F. M. Piers. (*Lancet*, 2 janvier 1875, p. 11.)

Du sens de la rotation, de l'anatomie et de la physiologie des canaux demi-circulaires de l'oreille interne, par Crum Brown. (*Journ. of. anat. and. Physiol.*, t. XIV, p. 327.)

Mouvements normaux de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, par Lanfall. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, p. 133, 1874.)

De la section du tendon du muscle tenseur du tympan, par Weber. (*Arch. de Virchow*, 1875, n° 37.)

De la périostite du temporal compliquant l'otite purulente, par M. Duplay. (*Arch. gén. de médec.*, mai 1875.)

Carie du rocher, girations, etc., par Fedenat. (*Lyon médical*, 1874, n° 26.)

Leçons sur les maladies de l'oreille, par J. Enhart. (*Leipzig*, 1874.)

(1) Nous faisons à la *Revue des sciences médicales* l'emprunt d'une partie des indications bibliographiques qui intéressent notre publication.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par A. Schwartz. (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1874, p. 148.)

Compte rendu sur les maladies de l'oreille dans la garnison de Breslau, par Trautmann. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, 1874, p. 181.)

L'oreille et l'épidémie catarrhale actuelle, délirium ab aure læsâ, par Gellé. (*Trib. méd.*, 7 mars.)

Observations d'otopathologie, par J. J. Audur, (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1874, p. 139.)

Leçon clinique sur deux cas d'otite suivie de méningite, par J. Andrew. (*Med. Times and Gaz.*, 1875, 23 janvier.)

Contributions cliniques aux maladies de l'oreille, par Pflüger. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, 1874, nº 11.)

Un cas de rupture traumatique du tympan avec symptômes d'excitation labyrinthique, par Parreidt. (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1874, p. 179.)

Fibromes du lobule de l'oreille, par Knapp. (*Medic. Record*, New-York, 1er décembre 1874.)

Contribution à l'étude du sens de l'équilibre. Appareil vestibulaire du labyrinthe de l'oreille, par Breuer. (*Medic. Jahrb. de Stricker*, 1875, p. 87.)

Tintements d'oreilles, par M. Laidlow-Purves. (*Guy's Hospital Rep.*, 1875, 3e série, vol. XX, p. 565.)

Atlas de l'organe de l'ouïe chez l'homme, photographies d'après nature, par Gemoser et Wolff, texte par Rudinger (Munich.)

Remarques anatomiques sur la forme et la situation de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache chez l'homme, par Victor Urbantschitsch. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, X, p. 1.)

Planches murales sur l'anatomie de l'oreille, d'après les dessins de Pollitzer. (Vienne, 1873.)

Note sur les moyens de reconnaître l'état normal de la trompe d'Eustache, par Flemming. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 6.)

Les mouvements normaux de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, historique de la question, par E. Zaufal. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, t. X, p. 9 et 228.)

De l'herpès auriculaire, par J. Gruber. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 5.)

Des lésions traumatiques de l'oreille, par W. B. Balby. (*The Lancet*, 29 mai, p. 752.)

Observations de rupture de la membrane du tympan à la suite de coups sur l'oreille, par Siméon SNELL. (*The Lancet*, 21 août, 11, p. 275.)

Des corps étrangers dans l'oreille, par ZAUFAL. (*Böhm. Correspondezbl.*, III, p. 154.)

Larves dans l'oreille, par CEVNEL-LICHTENBERG. (*Peters. med. chir. Presse*, XI, p. 18.)

Myringo-mycosis aspergillina et otite parasitaire, par J. PATTERSON-CASSELLS. (*The Glascow's med. Journ.*, p. 34.)

Communications cliniques de SCHWARTZ :

1° Obstruction membraneuse du conduit auditif dans un cas de carie du temporal ; opération ; rétablissement de la perméabilité ; mort par le marasme ;

2° Trois cas d'expulsion nécrosique du limaçon. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. IX, p. 234.)

Otite moyenne et interne chronique ; carie du rocher, encéphalite et méningite, par DU PRÉ. (*Presse médicale*, XXVII, 18.)

Otite aiguë moyenne ; paralysie faciale et méningite aiguë par irruption du pus dans l'aqueduc de Fallope, par DARROLLES. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, p. 82.)

Abcès du cervelet consécutif à une lésion du rocher, par HERPIN.

Abcès du cervelet consécutif à des otites sans perforation de la dure-mère, par MARCHANT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 120 et 135.)

Otite suppurée ; abcès propagé au cervelet et au lobe sphénoïdal du cerveau ; développement d'un zona symptomatique le long des branches du trijumeau. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1874, p. 642.)

Contribution au diagnostic des maladies de la caisse du tympan, par R. VOLTOLINI. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7.)

Observations sur la maladie de Ménière. (*Med. Times and Gaz.*, 11, p. 161.)

Observations se rattachant à l'étude des maladies de la huitième paire de nerfs crâniens, par le prof. BENEDIKT. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 6.)

Psychoses réflexes après les maladies de l'oreille, par KOEPPE. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, t. IX, p. 220.)

La perforation du tympan, par Giovanni Longhi. (*Gazz. Lomb.* 7 s., II, 9, 11.)

Remarques historiques et critiques sur la thérapeutique générale des maladies de l'oreille, par Schwartz. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, t. IX, p. 199.)

Sur l'otologie pratiquée par Ludw. Ninaus. (*Sitzb. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark*, XI, p. 40, 1875.)

Quelques points de la chirurgie des oreilles, par Julian-J. Chrisholm. (*Philad. med. and surg. Reporter*, XXXII, 10, p. 181.

Nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe, par G. Sapolini. (Milan, 1875)

De l'artère acoustique centrale, par G. Sapolini. (Milan, 1874.)

Communication sur l'otiatrie, faite au congrès de l'Association médicale italienne à Rome, par G. Sapolini. (Milan, 1873.)

Infection purulente suite d'une otite interne observée par le Dr Goldschmidt, par M. E. Tourneret, interne de l'hôpital civil (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 11).

Observation d'abcès du cerveau suite d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne par G. Tield, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie de Londres. (*Crit. Med. Journ.*, 16 décembre 1874.)

Rupture de la membrane du tympan du côté droit pendant une crise de vomissement par Bondelack Hewetson.

Contribution à la chirurgie auriste par W. Dalby. (*Gaz. méd.*, 10 octobre 1875.)

Études sur les maladies de l'oreille par le Dr Philipeaux, brochure, Lyon, 1875.

## Larynx.

Du mode de réparation des plaies de la trachée chez les animaux, par W. Woronzoff. (*Arch. des sciences vétérinaires Saint-Pétersbourg*, n° 9, 1874.)

Observations sur le mécanisme de la toux, par A. Rausome (*Brit. med. Journal* 29 août 1874. p. 287.)

De la paralysie bilatérale des muscles dilatateurs de la glotte, par Feith. (*Berlin. Klin. Wochenschr*, 1874, n° 49, p. 623.)

Étude sur la syphilis trachéale, par Alf. Rey. (*Thèse de Montpellier*, 1874.)

Coquille de noisette restée 10 mois dans la trachée et extraite au moyen d'un nouveau spéculum, par Voltolini. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*)

Note sur un cas d'aphonie et de mutité datant de plus de six mois, rapidement guérie par l'électricité, par M. Grollemund de Saint-Dié. (*Revue médic. de l'Est*, 1er mai.)

Syphilis pharyngo-laryngienne. Leçons de M. Isambert. (*Progr. médic.*, 22 mai 1875.)

De la laryngotomie. Leçons de M. de Saint-Germain. (*Gaz. des Hôpit.* 29 avril 1875.)

Réflexions sur l'étiologie et la symptomatologie de l'œdème de la glotte, par M. Mabboux. (*Revue médic. de l'Est*, 1er juin 1875.)

Contribution à l'étude de la syphilis laryngée, par M. Poyet. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1874-75, nº 4.)

Du rétrécissement syphilitique de la glotte, par M. Usberg. (*American Journ. syphil. and dermatol.*, 1875.)

Contribution à la physiologie de la voix humaine, par Kilian de Strasbourg. (*Pflueger's Arch.*, *IX*, p, 244.)

Des maladies de l'appareil respiratoire, par Jurgenssen, Hertz, Ruehli, et Rindfleisch, 1874.

Rupture de la trachée, par Godlee. (*Lancet*, 5 décembre 1874, p. 802.)

Observations laryngoscopiques multiples, par Hemze. (Leipzig. *Arch. de Heilk.*, 1875, p. 65.)

Opérations laryngoscopiques, par C. Labus. (*Comment. di medicine et chirurg. Milan*, décembre 1874.)

Laryngologische mitheilungen, par Léon Schrœtter. (Vienne, 1875.)

Certaines affections nerveuses de la gorge, par le Dr Clinton Wgnerh. *New-York*, 1875.

Des tumeurs du larynx et de l'opération de ces tumeurs par les voies naturelles, par Oertel. (*Deutsch. Archiv f. klinische Medizin*, XV, p. 244.)

Périchondrite laryngée à la suite de la variole, par Wiszniew-

SKI. (*Przeglad Rekarski*, 1875, nos 41, 42. — *Centralbl. f. Chirurgie*, 15.)

Laryngite ulcéreuse dans la fièvre typhoïde, par E. ORG. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 89.)

De la trachéotomie chez les enfants, par H.-G. HEWSE. (*Guy's Hospital Reports*, third series, vol. XX, p. 495.)

La trachéotomie dans le croup, par GALIGNANI. (*Annali universali di Medicina e Chirurgia*, juin 1875.)

Observation de trachéotomie dans le croup, par Gustave EPAVIE. (*Sitzb. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark*, XI, p. 7, 1874.)

Rétrécissement de la trachée traité par la dilatation, par NEUDOERFER. (*Anz. d. Ges. d. Aerzte in Wien*, 1874, no 4.)

Laryngites tuberculeuses et syphilitiques, par BUCQUOY. (*Gazette des Hôpitaux*, 20 et 29 avril 1875.)

Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du corps thyroïde, par Paul BERGER. (*Arch. gén. de médec. et de chir.*, juillet, août, octobre 1874.)

Tumeur du lobe droit de la glande thyroïde simulant un anévrysme, par RESTELLINI. (*Gazetta med. Ital. Lombardia*, 1874, no 45.)

Extirpation d'un polype du larynx, facilitée par l'emploi de l'anesthésie locale, par M. J. SCHEFF. (*All. Wien. Mediz. Zeit.*, 1875, nos 33 et 34.)

Extraction d'un corps étranger du larynx par la laryngotomie sous-thyroïdienne (pharyngotomie). Dublin, *Med. Journal*, juin 1875, p. 533.

## Région naso-pharyngienne.

Fragment d'obus ayant séjourné quatre ans dans le nez d'un malade qui en ignorait complétement la présence. (*Gaz. Hebdom.*, 21 mai 1875.)

Observations de tumeurs rares de la langue, par M. MOLLIÈRE. (*Progrès médic.*, 1875, no 1.)

Quelques cas de glossite, par FERRARI. (*Gazetta med. italiana*, 1875, 2 janvier.)

De l'abcès rétro-pharyngien, par F. OBERRIT. (*Wien. med. Presse*, no 47, 1874.)

De l'abcès retro-pharyngien, par G. B. Bley. (*Brit. med. Journ.*, sept. 1874.)

Sarcome de la cavité naso-pharyngienne, par A. Bryk. (*Arch. f. klin. chirur.*, XVII[e] vol. 4[e] fasc. p. 562.)

Rétrécissement de l'œsophage, par William Kebbell. (*Lancet*, 16 janvier 1875.)

Épithelioma de l'œsophage ouvert dans la trachée, par Whipham. (*Med. Times and Gaz.*, 28 novembre 1874,)

Myome de l'œsophage, par Hilton Fagge. (*Med. Times and Gaz.*, 1874.)

De la trachéotomie, discussion entre Max Muller et Rose. (*Arch. f. klin. chir.*, XVII[e] vol., 3 fasc., p. 494.)

Un cas d'œsophagite phlegmoneuse terminée heureusement par un abcès, par Carlo Padova. (*Annali universali di Medicina e Chirurgia*, avril 1875.)

Des différents modes d'exploration de l'œsophage, par Sainte-Marie. (*Thèse*, Paris, 1875.)

Polype naso-pharyngien ; hypertrophie de la membrane muqueuse ; trachéotomie ; résection du maxillaire supérieur ; mort ; par Arthur Underhill. (*The British. med. Journ.*, mars, p. 343.)

Position à donner aux malades pendant les opérations sur la cavité buccale, par Busolt (Iéna).

Sur le tamponnement des fosses nasales, par Joseph Englisch (*Wien. med. Presse*, XVI, 21.)

Pulvérisateur pour l'arrière-cavité des fosses nasales, par F. Trautmann. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, t. IX, p. 243.)

Une nouvelle pince pour fixer le cathéter de la trompe, par Delstanche fils, de Bruxelles. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. XI, p. 243.)

Quelques considérations sur l'angine érysipélateuse du pharynx. D[r] Saint-Philippe. (*Gazette médicale de Bordeaux*, 5 octobre 1875.)

Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition par L. Tiaux. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Clichy. — Impr. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1670, 1-6)

*Le Gérant :* G. MASSON.

# TABLE DES AUTEURS

# TABLE DES MATIÈRES

